



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

*PERFIL PSICOLOGICO DEL PACIENTE  
SINTOMATICO Y ASINTOMATICO DEL VIRUS  
DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.).*

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :

BUENDIA	TORRES	MARIA	REBECA
GUEMES		GARCIA	TERESA
ORTEGA		ZAVALA	ALBERTO

Asesor: Lic. Blanca E. Mancilla G.



MEXICO, D. E.

1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# INDICE .

Páginas

Introducción . . . . .	1
------------------------	---

## CAPITULO I. ASPECTOS MEDICOS DEL SIDA.

1.1 Etiología del SIDA . . . . .	5
1.2 Patogenia del SIDA . . . . .	12
1.2.1 Consecuencias neuropsicológicas del Complejo Relacionado al SIDA (ARC) . . . . .	16
1.3 Mecanismos de transmisión del VIH . . . . .	19
1.4 Demografía del SIDA . . . . .	22
1.4.1 Situación del SIDA en México. Datos actualizados hasta el 1º de enero de 1993 . . . . .	23

## CAPITULO II. ASPECTOS PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL SIDA.

2.1 Aspectos psicológicos relacionados con el SIDA . .	34
2.2 Muerte . . . . .	63
2.3 Aspectos psicosociales inherentes al SIDA . . . .	69
2.3.1 Promiscuidad . . . . .	69
2.3.2 Estigma y prejuicio . . . . .	78

## CAPITULO III. METODO.

3.1 Planteamiento del problema . . . . .	89
3.2 Hipótesis . . . . .	89
3.3 Tipo de investigación . . . . .	90
3.4 Variables . . . . .	90
3.4.1 Definición de variables . . . . .	91
3.5 Población . . . . .	94
3.6 Muestra . . . . .	95
3.7 Escenario . . . . .	96

	Páginas
3.8 Instrumento . . . . .	96
3.9 Procedimiento . . . . .	96
CAPITULO IV RESULTADOS . . . . .	98
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y DISCUSION . . . . .	111
CAPITULO VI. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS . . . . .	133
APENDICE . . . . .	135
BIBLIOGRAFIA . . . . .	147

## INTRODUCCION.

La raza humana siempre se ha visto amenazada por una serie de epidemias que en su momento han causado estragos y diezman a la población, conforme avanza la ciencia y la tecnología, estas epidemias van siendo sólo un fantasma en el pasado del hombre, así se han presentado enfermedades tales como la tuberculosis, el paludismo, la malaria, la lepra, la sífilis y muchas más.

Algunas de ellas han sido controladas e incluso erradicadas, pero existe - ahora una nueva enfermedad con un disfraz no totalmente identificado y al parecer completamente nuevo. Un síndrome, que por la magnitud de su fuerza devastadora se le considera una pandemia y a la cual se le ha dado el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que es provocado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Este síndrome se ha convertido en uno de los puntos de mayor estudio para los científicos, ya que requiere de una solución inmediata; porque el SIDA es causante de la muerte de un gran número de personas anualmente, ocasionando con esto un déficit en el presupuesto de ingreso per cápita y un grave decremento en el presupuesto médico de la nación además de los problemas psicológicos que se presentan en los pacientes, familiares y personal de salud.

Una evidencia de esto, es que la propagación mundial del SIDA ha provocado dos respuestas extremas igualmente peligrosas: una que tiende a ignorar o minimizar el problema y otra que encuentra en el SIDA el mejor aliado para emprender una cruzada de discriminación social y marginación.

Un ejemplo de ésta última, es la iniciativa de la asociación La Rouge en Estados Unidos que tratando de realizar una "depuración social" lleva a cabo una estigmatización de las víctimas, propone el aislamiento de los homosexuales, lo mismo sucede con la campaña desatada por el francés Le Pen contra las minorías Africanas y Asiáticas en Europa; por lo que la

estigmatización y la ausencia de una solución a corto plazo, son factores muy importantes en la vida de los pacientes con SIDA, ya que provocan una serie de trastornos psicológicos relacionados con el desarrollo del carácter, como pueden ser alteraciones en el área afectiva en lo que se refiere a dar y recibir afecto; cambios en las relaciones interpersonales con tendencia hacia la introversión; así mismo exacerbación de sentimientos de culpa por estar infectado; distorsión de la realidad por un estado de ánimo depresivo, desesperanzador que impide la planeación y el logro de metas a mediano o largo plazo de índole personal y/o social; en consecuencia constituyen un retroalimentador negativo a nivel psicológico (autoconcepto, autoestima) como a nivel fisiológico con propensión al desarrollo de síntomas físicos.

Estos trastornos se vinculan con la remoción de afectos asociados a dos pulsiones: eros y tánatos, originando el miedo a la pérdida de la sexualidad y a la muerte, es decir no sólo es un temor a la pérdida de la actividad sexual, sino también a la consecución de placer, así como a relacionarse con la pareja, a recibir la aceptación y/o rechazo de su núcleo social por el tipo de actividad sexual desarrollado, y si podrán llevar a cabo futuras prácticas sexuales y quizá la reactivación de antiguos núcleos de conflicto no resueltos, que ahora se exacerban y pueden llegar a generar angustia desestabilizadora del yo. Con la muerte están asociados los temores de cómo será; promoverá fantasías pre y post mortem de acuerdo a las creencias y conocimientos del paciente, pensará cómo repercutirá en su relación con terceras personas y consecuencias para ellos.

Dicha situación nos impulsó a elaborar la presente investigación, para conocer cómo es que en realidad influyen los factores antes mencionados en la vida de las personas infectadas por el VIH, identificamos el perfil psicológico de los mismos, ya que existen investigaciones exhaustivas para conocer la epidemiología, la etiología y la posible cura del SIDA, pero el factor psicológico ha sido relegado, restándosele importancia; tan es así que son escasas las publicaciones que nos informen ¿Qué pasa con

Los enfermos de SIDA?, es decir ¿en que área repercute el diagnóstico de VIH-SIDA?, ¿Cómo reaccionan ante el saberse infectados y sin esperanza de vida?, ¿Si es capaz el paciente por sí solo de manejar la angustia generada por el diagnóstico y la presión social ante la posible causa de su infección además de la estigmatización resultante?.

Para poder llegar a éste conocimiento la investigación, se realizó en el -- Hospital de Infectología del Centro Médico la RAZA del I.M.S.S., aplicando - la técnica psicodiagnóstica del RORSCHACH a treinta personas seropositivas - (fase asintomática) y a treinta personas con manifestaciones clínicas del -- SIDA (fase sintomática), las que constituyen el grupo experimental, así como a treinta personas seronegativas al VIH quienes representan al grupo con -- trol, para poder conocer el perfil psicológico; y para descartar daño neuro- lógico se les aplicó el Test Gestáltico Visomotor de L. Bender.

Abordamos en el Capítulo I aspectos médicos del SIDA en el que están com- prendidos su etiología, patogenia, consecuencias neuropsicológicas del Com- plejo Relacionado al SIDA, mecanismos de transmisión, demografía y situación del SIDA en México al 1º de enero de 1993.

En el Capítulo II aspectos psicológicos y psicosociales relacionados con el- SIDA tales como, muerte, promiscuidad, estigma y prejuicio.

Los resultados arrojados a través del análisis y correlación de la prueba bi- nomial no demostraron diferencias estadísticamente significativas de la alte- ración de rasgos entre las tres muestras, sin embargo si permiten identifi- car que existen tres rasgos muy marcados en las muestras, estos son: Angus- tia, Depresión y Aislamiento, sin poder establecer una diferencia en el per- fil psicológico.

Se anexa al final un apéndice donde se pueden consultar medidas de apoyo psi- cosocial para los pacientes del continuo VIH-SIDA, muy valiosas para el per- sonal médico, paramédico, familiares y amigos de los pacientes.

*"El VIH es un virus insidioso.  
Corrompe los fluidos vitales,  
convirtiendo la sangre y el  
semen, de fuentes de vida, en  
instrumentos de la muerte".*

*Harvey Fineberg.*



## CAPITULO 1. ASPECTOS MEDICOS DEL SIDA

### 1.1 ETIOLOGIA DEL SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una enfermedad que ha provocado un gran impacto en el mundo de la medicina y ha puesto de manifiesto las deficiencias que con respecto a la atención hospitalaria tenemos en nuestro país y por supuesto en los países industrializados que no han escapado a este aspecto aunque pueden prestar mejor atención médica a las personas afectadas por SIDA, debido a su elevada tecnología, y a las asociaciones civiles que han creado centros de atención especiales para estos enfermos.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH) está relacionado con la baja de defensas en el organismo. Esta baja de defensas está vinculada con el sistema inmunológico humano el cual está formado por un conjunto de células blancas (leucocitos o glóbulos blancos), que circulan en el cuerpo a través de la sangre, estos son:

- a) células blancas que producen los anticuerpos, formados por proteínas que son capaces de atacar y eliminar enormes cantidades de sustancias extrañas al cuerpo llamadas antígenos.
- b) células blancas que atacan y destruyen a células del propio organismo que se encuentran enfermas o infectadas.
- c) células blancas que se encargan de capturar, procesar y presentar los antígenos a las células responsables de la respuesta inmunológica.
- d) una más, que actúan también como apoyo, colaborando con las otras células del sistema inmunológico al liberar proteínas que activan y controlan las diferentes acciones defensivas.

e) un grupo de células que actúan como supresoras "apagando" la respuesta -- inmunológica cuando ya no es necesaria.

El virus del SIDA ataca a dos grupos de células, colaboradoras y de apoyo inmunológico, llamadas linfocitos T (auxiliadores / inductores con el antígeno de superficie T<sub>4</sub>) que desempeñan una función de colaboradores en la labor de acabar con los antígenos o sustancias que atacan el cuerpo regulando la respuesta inmunológica y el otro grupo es el llamado de células accesorias de la inmunidad que se encarga de capturar, procesar y presentar los antígenos a las células inmunológicas (células B y T citotóxicas) las cuales tienen un receptor CD<sub>4</sub> característico de las células dendríticas, de los macrófagos -- encargados de destruir microorganismos, de las células de Langerhans y las células de la glía del Sistema Nervioso Central (Benítez Bribiesca 1989). -- Los datos recientes de laboratorio y de epidemiología indican que un retrovirus es la causa del SIDA, del cual se han descrito tres prototipos aislados-morfológicamente, llamados virus propios de linfadenopatía (LAV), virus linfotropo III contra linfocitos T humanos (HTLVIII) y retrovirus relacionado con el SIDA (ARV) y representan microorganismos "aislados" independientes -- del mismo grupo viral (Dirección General de Epidemiología S.S.A. 1988; Fajar do B.R. et al 1989).

Los Center for Disease Control (CDC) definieron el SIDA como una enfermedad de diagnóstico fidedigno, que cuando menos predecía en grado moderado alguna deficiencia subyacente en las células inmunitarias en una persona sin una -- causa conocida de la inmunodeficiencia u otra razón de menor resistencia inmunitaria relacionada con la enfermedad.

El Comité Internacional sobre Taxonomía de Virus, tras comparar esos virus -- (LAV, HTLVIII, ARV) y encontrar que poseían características genéticas lo bastante similares para garantizar que se les diera el mismo nombre acordó en -- mayo de 1986 llamar al virus: Human Inmunodeficiency Virus o Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV o VIH en español).

El VIH es miembro de la familia retroviridae o retrovirus y al mismo tiempo pariente de los llamados lentivirus porque actúan lentamente en los organismos que parasitan.

Los retrovirus forman un eslabón entre los ARN-virus y los ADN-virus; los hábitos y costumbres de éstos son muy especiales pues tiene codificada su información genética con base en el ácido ribonucleico (Evans A. G., et al 1988). Fuera de las células el VIH existe en la forma de una partícula viral, llamada virión. La estructura del VIH se caracteriza por tener un núcleo cápside de 20 caras integradas por hexágonos y pentágonos dentro de él se halla una estructura cilíndrica formada por proteínas que protegen el contenido genético consistente en ARN (ácido ribonucleico) asociado con una enzima denominada transcriptasa reversa.

Al entrar el VIH en una célula humana, la estructura viral se desintegra liberando ARN y la enzima viral "transcriptasa reversa o retrotranscriptasa", hace una copia del ADN de la célula utilizando el mensaje genético contenido en dos cadenas de ARN virus para construir moléculas de ADN viral (llamado ADN proviral), formando parte del núcleo de la célula donde éste falso ADN se incorpora al ADN original en cualquiera de sus cromosomas o permanece en forma libre en el interior de la célula (Castro G.K., et al 1986). De esta manera el virus se convierte en un elemento permanente de las células de la persona infectada, parasitando en estas.

Una vez que los genes virales se han hecho parte del ADN de la célula hay un período de calma que puede durar de seis meses a ocho años (latencia del virus).

Este provirus elaborado en el citoplasma de la célula humana infectada puede permanecer en forma latente como provirus o codificar su mensaje a ARN genómico y mensajero con el objeto de producir nuevos virus (viriones) libres.

El ADN del VIH posee varios grupos de genes, tres de ellos con función estructural, cuatro con función reguladora y dos con función desconocida. Los genes estructurales son "gag", "pol" y "env"; los genes reguladores son LTR (siglas que en inglés significan redundancias, terminales largas)-

ubicadas a ambos extremos del provirus, "tat" y "trs"; los grupos con función desconocida son "sor" y "3 orf" (fig. Nº 1).

El "gag" se encarga de producir o codificar las proteínas del centro del VIH o núcleo cápside, que revisten el material genético (ARN) junto al cual existen varias copias de transcriptasa reversa.

El gene "pol" (polimerasa o inverso transcriptasa) asegura la codificación para la producción de la enzima transcriptasa reversa o retrotranscriptasa. Esta como ya se dijo es responsable de la replicación del material genético al transformar la información del virus en ADN dentro de la célula huésped, generando la multiplicación del virus.

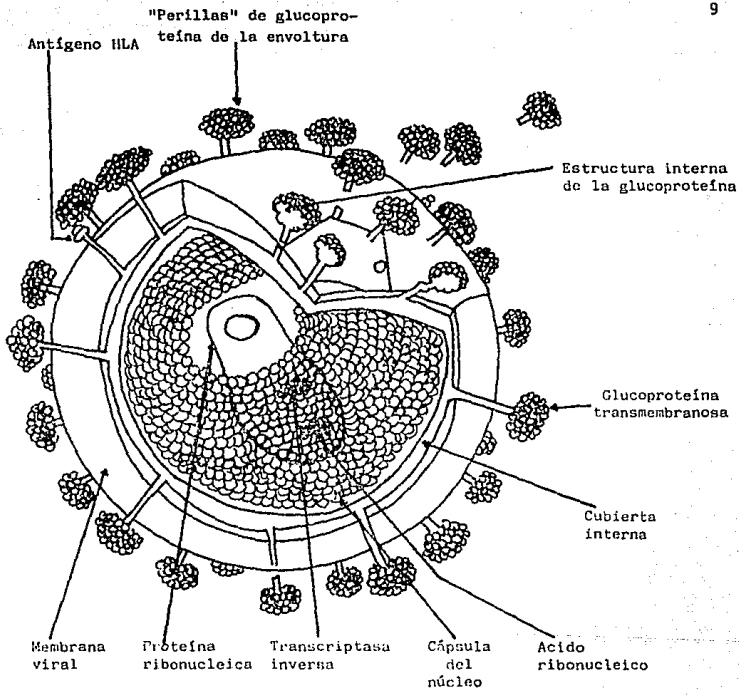
El gen "env" (glicoproteína de la cubierta) se responsabiliza de las proteínas del virión; éste produce una glicoproteína la cual al procesarse se fragmenta en glicoproteína 41 que ocupa todo el espesor de la envoltura del virus.

La presencia de anticuerpos contra estas proteínas, mediante una inmuno electrotransferencia se considera como un criterio diagnóstico en la infección por VIH aunque existe un período ciego de aproximadamente 45 días en los cuales no es posible detectar anticuerpos de VIH (Org. Panamericana de la Salud, 1985).

Los genes reguladores controlan la actividad genética viral al llevar a ca bo funciones tales como: 1) indicar el sitio de inicio y terminación de la lectura de los genes; 2) activar la lectura; 3) inhibir la lectura; 4) determinar la cantidad de proteínas virales que se vayan a construir.

El gene LTR entre otras acciones es encargado de codificar las secuencias que permiten la integración del genoma viral (información genética) al de célula huésped, indicando el sitio de inicio y terminación de la lectura, además puede insertarse en cualquier lugar del genoma del linfocito, cumpliendo una función reguladora en el control de la expresión de los genes virales. Las señales de comienzo de la transcripción correspondientes a un retrovirus están dentro de secuencias de ácidos nucleicos que se repiten en las terminales largas en los extremos del genoma.

El gene "tat" y el "trs" cuya importancia es principalmente reguladora,



**FIGURA 1.- ESTRUCTURA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. DE ACUERDO AL DR. LOU MONTAIGNER (Tomado del Scientific American, enero de 1988).**

AOZ

juegan un papel muy importante en la maduración, amplificación de la replicación viral y probablemente en la patogenicidad viral (Stanislawski - E., et al 1989).

El provirus latente sólo espera las señales químicas que le indiquen el momento de empezar a multiplicarse, a este estado se llama: portador asintomático.

Las células de nuestro sistema inmunológico son activadas por diversas sustancias de los diferentes antígenos. Cuando algún antígeno activa una de las células infectadas con VIH, activa también los genes latentes del virus (Morin S. F. 1984; Peredo L. V. 1988).

Esto sucede cuando llega al organismo otra infección, ante esa señal la célula empieza a reproducir los genes virales en su forma original de ARN, el cual sale del núcleo del citoplasma e inicia la reproducción de proteínas virales que el virus perdió cuando se introdujo al núcleo, hace también copias de los segmentos de ARN que serán los centros genéticos de nuevas partículas virales. La materia prima necesaria para la formación de los nuevos virus es tomada de las reservas de la célula infectada, son envueltos por segmentos de la membrana celular y una vez que tienen su membrana lípida externa se liberan como virus completos. De ésta manera un sólo virus dá origen a una nueva generación; antes de que el VIH elimine las células del sistema inmunológico el organismo realiza esfuerzos defensivos, pero como este virus tiene la capacidad de transformar su ARN en ADN y la de mutar constantemente la estructura molecular de las proteínas que lo envuelven, esto imposibilita a los anticuerpos a identificar y atacar a los antígenos.

Cuando el antígeno es atacado "suelta" esa estructura proteínica que libre puede además adherirse a otras células del organismo provocando que los propios anticuerpos, confundidos por la estructura enemiga, que ya habían identificado ataquen y destruyan a esas células. Mientras tanto el virus con su estructura nuclear intacta sigue libre (Organización Panamericana de la Salud 1985).

No obstante que los anticuerpos degenerados por el sistema inmunológico para atacar a los virus del VIH son ineficaces, permiten al ser detectados, evidenciar la exposición de ese organismo.

Esta detección sólo es lograda por pruebas serológicas (ELISA y WESTERN - BLOT); para detectar anticuerpos de VIH se requiere aproximadamente 45 días posteriores a la exposición, cuando un individuo presenta estos anticuerpos sin manifestar los síntomas propios del síndrome se le considera seropositivo o asintomático esos anticuerpos no garantizan la prevención de la enfermedad, sino que son signo de ésta.

De este modo se encuentra gente con anticuerpos durante largos periodos (de 3 meses a 10 años), desafortunadamente estas personas seropositivas finalmente contraerán la enfermedad y al ser portadores asintomáticos son capaces de infectar a otras personas (Weiss, R. et al 1988; Mora G.J.L. - 1988; Lui K.J. 1988).

## 1.2 PATOGENIA DEL SIDA.

*" La lucha contra el SIDA no es por miedo a la muerte sino por amor a la vida"*

*Anónimo*

Las enfermedades que presentan los pacientes del continuo VIH - SIDA (de la fase asintomática a la fase sintomática) han sido claramente identificadas, aunque actualmente se desconoce el mecanismo por el cual un enfermo pasa de una fase a la otra.

La Organización Mundial de la Salud conjuntamente con los Center for Disease Control (OMS/CDC) en el año de 1987 realizaron la siguiente clasificación para identificar las cuatro fases del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, las cuales son:

Fase I Infección aguda.

Fase II Infección asintomática.

Fase III Linfadenopatía generalizada persistente.

Fase IV Otra enfermedad.

- a) Enfermedad constitucional.
- b) Enfermedad neurológica.
- c) Infecciones secundarias:
  - c1) Enfermedades infecciosas indicativas del SIDA.
  - c2) Otras enfermedades infecciosas relacionadas pero no indicativas del SIDA.
- d) Cánceres secundarios.
- e) Otras alteraciones caracterizadas por una o más de las siguientes enfermedades oportunistas:



**Infecciones por protozoos:**

Neumonitis por pneumocystis P. carinii.

Encefalitis por toxoplasma gondii o infección diseminada, que excluye la infección congénita.

Enteritis crónica por más de un mes por Cryptosporidium.

**Virosis no congénitas:**

Herpes simple mucocutáneo crónico que dura más de un mes.

Infección por citomegalovirus corroborado histológicamente en un órgano que no sea el hígado o un ganglio linfático.

Leucoencefalitis multifocal progresiva.

**Infecciones micóticas:**

Esofagitis por cándida.

Meningitis criptocócica o infección diseminada.

**Infecciones por bacterias:**

Lesión diseminada y no sólo pulmonar ni linfática.

Mycobacterium avium-intracellulare.

**Cánceres:**

Sarcoma de Kaposi en una persona menor de 60 años.

Linfoma cerebral primario limitado al encéfalo.

Además forman parte del espectro clínico del SIDA enfermedades como el linfoma diferente a la variedad de Hodgkin, la linfadenopatía generalizada no explicada, la trombocitopenia, la candidiasis bucal, anemia, la pérdida ponderal inexplicada, los sudores nocturnos, las alteraciones dermatológicas tales como: exfoliación facial (dermatitis seborreica) y también la infección por el virus sin signos ni síntomas. Esta clasificación fue hecha para los países donde se poseen técnicas diagnósticas apropiadas, como son los altamente industrializados.

La OMS/CDC en 1987 dictó criterios con un carácter provisional para la definición del VIH en países que se encuentran limitados de recursos diagnósticos (países subdesarrollados), estos son:

#### ADULTOS:

El SIDA en un adulto se define por la existencia de al menos dos de los signos mayores asociados, con al menos un signo menor en ausencia de causas conocidas de inmunosupresión tales como: cánceres o malnutrición severa o cualquiera de las otras etiologías reconocidas.

#### SIGNOS MAYORES

Pérdida corporal de peso mayor o igual al 10%.  
 Diarrea crónica mayor a un mes.  
 Fiebre prolongada mayor a un mes (intermitente o constante).

#### SIGNOS MENORES

Tos persistente durante o más de un mes.  
 Dermatitis generalizada con prurito.  
 Herpes Zoster recurrente.  
 Candidiasis orofaríngea.  
 Infección progresiva crónica y diseminada de herpes simple.  
 Linfadenopatía generalizada.

Por lo que esta definición de caso clínico debe ser finalmente corroborada con pruebas serológicas. Pero nos permite distinguir las dos grandes etapas del SIDA:

- La fase asintomática y
- La fase sintomática (Jefatura de Servs. de Med. Prev. I.M.S.S 1988).

Por otro lado la presencia de sarcoma de Kaposi generalizado o de meningitis criptocócica son suficientes por sí mismas para el diagnóstico de SIDA.

Estas definiciones de caso clínico se consideran válidas pero no han sido evaluadas formalmente.

Sin embargo pueden existir diferencias en los rasgos clínicos entre diferentes países. (O.M.S. 1987; García G.M. et al 1988).

### 1.2.1 CONSECUENCIAS NEUROPSICOLÓGICAS DEL COMPLEJO RELACIONADO AL SIDA (ARC).

Kelly, J.A., et al (1988), ha observado Síndromes Orgánicos Cerebrales en pacientes con SIDA como secundarios a infecciones oportunistas y hay claras evidencias de que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es neurotrópico así como linfotrópico e invade directamente el Sistema Nervioso Central (SNC), produciendo cambios en las funciones neurológicas.

En un estudio realizado por Liederman et. al. (1985), citado por Kelly J. A. (1988), en el cual se aisló el VIH en el líquido cerebroespinal de pacientes con encefalopatías por SIDA. Se estimó que entre el 30 y el 75% de personas con SIDA, eventualmente desarrollan complicaciones neurológicas, y el 70% de los pacientes mostraron evidencia de enfermedades en SNC que conducen a la muerte. También cita a Nava y Price (1986) quienes reportaron que el 67% de las autopsias había evidenciado demencia premortem y el 25% tuvieron síntomas neurológicos después de haber sido diagnosticados de SIDA.

Otras investigaciones han confirmado que los pacientes de SIDA desarrollan frecuentemente complicaciones en SNC.

Una variedad de estados agudos y crónicos de los síndromes orgánicos mentales y del SNC, han sido encontrados en personas con ARC y SIDA, e invasión neurológica reflejada a través de innumerables síntomas, que son difusos y localizados, agudos o crónicos.

La mayoría de los síntomas neurológicos han sido nombrados como "demencia del SIDA", "encefalitis subaguda", o "encefalopatía de SIDA". Este síndrome no ha sido claramente definido ni las diferentes características que tienen en común con las demencias subcorticales.

Primariamente la "demencia del SIDA" tuvo un gradual desarrollo con ataques progresivos. Pero los síntomas iniciales para el diagnóstico diferencial son difíciles, especialmente en las etapas tempranas de su presentación.

El examen Neuropsicológico de pacientes a través del espectro de VIH, desde el rango de infección asintomática a ARC-SIDA franco, dan indicios significativos de un progresivo decremento en la ejecución a través de esos grupos de pacientes.

Tan severamente como crece la infección de VIH así se incrementan los problemas neurológicos. Los síntomas tempranos pueden incluir dificultades de memoria y concentración, disminución motora, debilidades bilaterales, problemas de coordinación y balance. Los síntomas tempranos de demencia incluyen apatía, irritabilidad, decremento de la espontaneidad y una baja de la función intelectual, es como encontrar depresión, las reacciones depresivas son difíciles de diferenciar del síndrome demencial.

Con el tiempo el paciente presenta demencia progresiva, que involucra -- cambios cognitivos globales. Los pacientes muestran más impulsividad, dificultades de juicio para la organización, y para efectuar actividades -- rutinarias. Se puede desarrollar confusión, desorientación y problemas de memoria.

Las anomalías motoras reflejan neuropatías periféricas, tales como ataxia, debilidad espástica, hiperflexia generalizada, y disminución motriz. El curso y progreso de la demencia de SIDA es altamente variable. Algunos pacientes se deterioran lentamente y muchos meses después presentan daños globales, otros se deterioran dramáticamente en sólo algunas semanas.

En las fases avanzadas de la demencia de SIDA, la tomografía axial computarizada, ha podido documentar evidencias de atrofia cortical central, -- con alargamiento ventricular. El electroencefalograma (EEG) refleja bajas difusas, y la punción lumbar puede revelar elevaciones proteínicas o pleocitosis mononuclear.

Nava y Price (1986) indican que las mayores anomalías neuropatológicas son encontradas en el área blanca de las estructuras cerebrales subcorticales y el área cortical gris evidencia pocos cambios.

Existe evidencia que sugiere que las áreas del cerebro responsables del -

lenguaje y funciones relacionadas pueden ser selectivamente más afectadas por el VIH, que otras áreas del cerebro.

### 1.3 MECANISMOS DE TRANSMISION DEL VIH.

*"Para contagiarte de SIDA no importa quien eres sino lo que haces"*

*Jorge Cárdenas A.*

Aunque el VIH se ha encontrado en varios líquidos corporales, la evidencia epidemiológica ha permitido identificar dos formas preponderantes de transmisión: la sangre y el semen; seguidas por la vía perinatal que se incrementa rápidamente como vía de transmisión.

Como ya se vió, el virus del VIH se localiza en ciertas células presentes en la sangre, en particular en los linfocitos  $T_4$  y también en los macrófagos; estas células se encuentran en grandes cantidades en los glóbulos blancos y en los linfocitos del semen.

Por esto en todo el mundo el modo de transmisión más importante es el sexual, éste mecanismo de transmisión tiene relación directa con la promiscuidad lo que aumenta el riesgo de contraer SIDA, sobre todo porque se ha hecho responsable de el inicio y propagación de esta enfermedad a un sector de la población, considerándosele como un grupo de alto riesgo, lo que es utilizado como un mecanismo de defensa para evitar la angustia de saber que todos somos factibles de contraer el VIH. Tomando en cuenta --- que no existen grupos de alto riesgo sino prácticas de alto riesgo (la promiscuidad y otros), desde este punto de vista el contagio de SIDA puede ocurrir preponderantemente de dos formas distintas: por un lado al depositarse el semen en una superficie mucosa (ano o vagina), si la mucosa se encuentra erosionada existirá inflamación local y presencia de linfocitos T, los que recibirán a través de la erosión al virus libre o al virus de las células T contenido en el semen; por otra parte si la mucosa se encuentra sana los virus del semen podrán ponerse en contacto con las células de Langerhans del epitelio de la mucosa, a las cuales infectarán y emplearán como reservorio, por lo que serán fuente de transmisión futura a otras células con receptores  $CD_4$  o a otra persona en futuros contactos sexuales (Aridjis P. 1988).

Existen dos tipos de mucosas: las mucosas de células planas y las mucosas de células cilíndricas. Las primeras son por ejemplo los labios, la vagina, -- éstas son mucosas recubiertas de una capa proteínica que les confiere cierta protección cuando la mucosa está sana sin librarlas del contagio. En cambio - la mucosa anal está compuesta por células cilíndricas a través de las cuales pasa con mayor facilidad el virus (Dirección General de Epidemiología - S.S.A. 1989).

Por lo que el coito predominantemente anal, aunado a la promiscuidad aumenta el riesgo de contagio de VIH, ya que la actividad sexual anal produce daños en la mucosa del ano permitiendo el intercambio de sangre y esperma, así como de células infectadas, éste es el factor que representa alto riesgo, más que la homosexualidad por sí misma (Van der Groen G. 1987).

El otro modo de transmisión más importante es la sangre, lo cual se logra - mediante transfusiones de sangre contaminada, principalmente en pacientes he mofílicos o por uso de objetos no desinfectados que han tenido contacto con la sangre contaminada: por ejemplo las jeringas o agujas, esto se ha presentado sobre todo en Estados Unidos de Norteamérica en drogadictos intravenosos que comparten la misma jeringa. Estas dos formas son las que tienen mayor riesgo de contagio, también se puede contagiar por el uso de navajas de rasurar, cepillos de dientes, instrumental dental y el uso de objetos sexuales que se comparten, aunque estas formas de contagio son menos frecuentes - (Domínguez J.L. 1988).

Se ha observado que la vía perinatal constituye un riesgo muy importante de contagio, porque una madre con VIH puede transmitir el virus a su hijo durante el embarazo, el parto o, durante la lactancia a través de la leche. La -- creciente incidencia de casos en neonatos es descrita por los analistas con gran pesimismo por su impacto en las estadísticas de mortalidad infantil, - así como el retroceso potencial de la sobrevivencia infantil en áreas seriamente afectadas (Uribe, Z.P. 1988; Centro Nacional de Transfusión Sanguínea-1991). Por lo que, los mecanismos de transmisión siguen siendo, el sexual a través del semen y la sangre a través del contacto con jeringas infectadas o transfusiones sanguíneas contaminadas, y el perinatal.



Se tiene la creencia popular de que puede transmitirse también por saliva, beber del mismo vaso, picaduras o mordeduras de insectos. El virus ha sido aislado en saliva y lágrimas, pero no hay pruebas de que haya sido -- transmitido por éste medio.

El contacto casual o social como saludarse o beber del mismo vaso no presenta riesgo de contagio, así como la orina, el aliento, los apretones de mano, el agua de las duchas colectivas, los retretes, los alimentos, o--- piscinas (Secretaría de Salud y CONASIDA 1988). En las pruebas con personas que han tenido estrecho contacto con enfermos de SIDA (miembros de su familia), ninguno ha desarrollado la enfermedad por contacto "social".

De acuerdo a las evidencias científicas el mosquito no transmite el virus, éste sólo transporta 0.2 microlitros de sangre lo que no es suficiente para transmitir el virus. Ya que la infección de un individuo por VIH requiere de una cantidad de virus o de células más importante. Por otra parte el virus no logra sobrevivir el tiempo suficiente dentro del mosquito ya que es fácilmente inactivable. Y el gen del virus, una vez dentro de las células del insecto no se puede reproducir porque requiere de un gen que le falta al insecto: el gen "tat" y el organismo del insecto no es capaz de sintetizar la enzima transcriptasa reversa, necesaria para la producción del virus (Sepúlveda, A.J. et. al. 1988).

#### 1.4 DEMOGRAFIA DEL SIDA.

*"Nuestra lucha es contra el SIDA,  
no contra las personas con SIDA"*

*Dr. Javier Pérez de Cuellar*

El SIDA es en la actualidad un problema mundial, ya que aqueja a todas las poblaciones del orbe, por lo que todos hablan de él, pero la gran mayoría lo hace bajo una premisa equivocada, para lo cual los medios de comunicación han contribuido grandemente debido a que la mayor parte de las publicaciones que llegan a la gente trata éste tema de una forma poco seria, dándole un toque de sensacionalismo con tendenciosa intención; que engendra prejuicios en los lectores, haciendo pensar que el SIDA es una enfermedad exclusiva de un grupo social, y muy particularmente de gente homosexual.

Desde el punto de vista médico, éste grupo se ha considerado como de alto riesgo, concibiéndose como la población que se ve más afectada por la enfermedad, sin embargo el común de la gente entiende alto riesgo como sinónimo de grupo que origina y contagia la enfermedad.

Esto es algo que afecta gravemente a la población pues mientras la gente heterosexual se sienta exenta de contraer el VIH, podrá contagiarse con mayor facilidad y propagar la infección.

En tanto estadísticamente los grupos más afectados por el VIH en México son: los homosexuales masculinos, bisexuales masculinos, heterosexuales y la gente que recibe (o recibió) transfusiones sanguíneas (Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos 1993).

#### 1.4.1 SITUACION DEL SIDA EN MEXICO. DATOS ACTUALIZADOS HASTA EL 1º DE ENERO DE 1993.

El último reporte que se tiene de la situación mundial del SIDA de acuerdo al Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, es hasta el 1º de julio de 1992, donde de acuerdo a la O.M.S. se han notificado un total de 501,272 casos de SIDA. De los quince primeros países de incidencia de casos, los que mayor riesgo de infección, expresado en tasa por millón de habitantes son: Uganda (1,756 casos); Malawi (1,557 casos); Zimbabwe (1,410-casos); Tanzania (1,142 casos); Rwanda (974 casos); Costa de Marfil ( 929 -casos) y Estados Unidos de América (886 casos). El resto de los países presentan tasas substancialmente más bajas. Como puede observarse, los Estados Unidos de Norteamérica es el único país de América que presenta una tasa de incidencia tan alta como los países Africanos. México ocupa el tercer lugar en número de casos en el Continente Americano después de Estados Unidos y -- Brasil y el décimo lugar en el mundo (1993). (Cuadro 1).

Del total de 48,767 casos notificados en América Latina y el Caribe al 31 de mayo de 1992 (datos actualizados por la Organización Panamericana de la -- Salud), la distribución porcentual por subregión fue como sigue: Brasil, -- 46.3%; México, 18.6%; Caribe Latino, 9.8%; Area Andina, 8.4%; Caribe, 7.0%;- Istmo Centroamericano, 5.7%; y Cono Sur, 4.3%.

Es conveniente considerar que existe en subregistro de los casos de SIDA a nivel mundial y que se recrudece en los países del tercer mundo debido a que sus técnicas diagnósticas así como las posibilidades de atención médica son muy limitadas; además se da también un retraso en la notificación de las Instituciones de Salud a los centros integrativos y de ahí a la O.M.S., por lo que se debe tomar con reserva los datos reportados y realizar sus ajustes de acuerdo a la población del país que se esté analizando y a la tasa reportada.

## CUADRO No. 1

QUINCE PAISES CON MAYOR FRECUENCIA DE CASOS DE SIDA  
EN EL MUNDO HASTA EL 1º DE JULIO DE 1992.

(Reporte más vigente del I.N.D.R.E. a la fecha de -  
cierre de la investigación).

POSICION	PAIS	Nº DE CASOS	%	TASA*
1	ESTADOS UNIDOS	218,301	43.5	886.2
2	UGANDA	30,190	6.0	1,756.3
3	TANZANIA	27,396	5.5	1,141.6
4	BRASIL	24,704	4.9	171.1
5	FRANCIA	17,836	3.6	319.2
6	ZAIRE	14,762	2.9	441.2
7	ZIMBABWE	12,514	2.5	1,409.6
8	MALAWI	12,074	2.4	1,557.0
9	ITALIA	11,609	2.3	202.1
10	ESPAÑA	11,555	2.3	296.0
11	COSTA DE MARFIL	10,792	2.2	929.3
12	MEXICO	10,375	2.1	127.6
13	KENIA	9,136	1.8	382.7
14	ALEMANIA	7,957	1.6	102.2
15	RWANDA	6,578	1.3	973.8
	RESTO	75,508	15.1	17.7
	TOTAL	501,272		98.1

\* Tasa por un millón de habitantes.

En México a diez años de la aparición de casos de SIDA se han podido observar tres tipos de tendencias de la epidemia. De 1983 a 1986 el incremento fue lento, de 1987 a 1990 se presentó un crecimiento exponencial, a partir de 1991 se ha amortiguado el crecimiento con una tendencia a la estabilización. La tasa de incidencia por un millón de habitantes para 1992 es de 37.5.

La razón hombre mujer es ahora menor a la observada en años anteriores debido al rápido crecimiento de la epidemia en mujeres (Cuadro 2).

CUADRO 2

CASOS NUEVOS DE SIDA POR AÑOS DE NOTIFICACION. MEXICO 1983 - 1992.  
(HASTA EL 1º DE ENERO DE 1993)

AÑO	CASOS	RAZON H/M
1983	17	17:0
1984	26	25:1
1985	69	16:1
1986	133	15:1
1987	798	14:1
1988	964	6:1
1989	1499	5:1
1990	2401	5:1
1991	3166	6:1
1992	3219	6:1
1983 - 1992	12292	6:1

Hasta el 1º de enero de 1993 el número de casos de SIDA acumulados es de -- 12,292, de los cuales en el mes de diciembre de 1992 se notificaron 354 casos nuevos, la razón diaria de casos fue de 11.4. Se sigue observando un retraso en la notificación de los casos en el último mes, sólo 227 casos -- (64.1%) corresponden a personas que se diagnosticaron en los últimos doce -- meses. El 28.5% (101 casos) fueron de personas que iniciaron su padecimiento en 1990 y 1991. De enero de 1990 a diciembre de 1991 se notificaron 3,167 en comparación con los 3,219 casos que ocurrieron en 1992; 6,386 casos (51.9%) del total de casos acumulados corresponden a personas que iniciaron el padecimiento en los últimos 24 meses.

Se estima que el número de casos de SIDA que ha ocurrido en México es de -- 18,682 al corregir la subnotificación y el retraso en la notificación.

De los casos notificados hasta el 1º de enero de 1993, el 29.0% corresponden al Estado de México, 16.7% al Distrito Federal, 10.2% a Jalisco, 9.0% a -- Nuevo León, 8.7% a Puebla, el 26.4% restante fueron notificados por 21 estados diferentes, seis estados no registraron casos este mes.

La mayor proporción de casos asociados a homosexualidad se han presentado en Yucatán (46.3%), Baja California Sur (43.9%) y Nuevo León (41.4%). La mayor proporción de casos por transmisión heterosexual son: Chiapas (43.3%), Aguas calientes (33.3%) e Hidalgo y Tlaxcala (41.1%) y la mayor proporción de casos asociados a transfusión sanguínea se han presentado en los estados de -- Tlaxcala (28.6%), Puebla (21.5%) y Jalisco (24.1%).

La proporción de casos acumulados de SIDA por sexo indica que el 85.2% se -- han presentado en hombres. Una distribución similar se conserva para las -- dos últimas anualidades, de la misma manera no se observan diferencias importantes en la distribución porcentual por sexo. Los grupos más afectados son el de 25 a 29 años que acumula el 20.4% del total de casos, el de 30 a 34 -- años tiene el 20.2%, el de 35 a 39 años el 15.2%, el de 20 a 24 el 11.2%, el de 40 a 44 años el 10.1%, y el de 45 a 49 años el 6.8%. EL 16.1% se distribuye en los 9 grupos restantes.

El análisis por tasas indica que los hombres son seis veces más afectados -- que las mujeres, uno de cada 1,430 hombres del grupo de edad de 30 a 34 años se ha visto afectado por la enfermedad en comparación a una de cada 9,200 -- mujeres de este mismo grupo, en el siguiente quinquenio uno de cada 1,520 -- hombres se ha visto afectado en comparación con una de cada 9,200 mujeres -- del mismo grupo (35 a 39 años). En el grupo de 25 a 29 años uno de cada -- 1,700 hombres se han visto afectados en comparación con una de cada 13,100 -- mujeres. La razón hombre mujer es diferente según los grupos de edad, para -- los grupos más afectados (25 a 39 años) esta razón varía entre 6 y 8 hombres por cada mujer afectada, mientras que esta relación es de 1:1 en el grupo de menores de un año.

Esto puede estar dado porque las mujeres generalmente son sólo portadores - asintomáticos, y al presentar la infección subclínica no son captados por -- instituciones médicas.

La ocupación que acumula la mayor parte de los casos es la de los empleados-administrativos en donde se han visto afectados por esta epidemia uno de cada 1,086 según la tasa acumulada, los trabajadores de servicios públicos y - personales uno de cada 1,049 y los técnicos uno de cada 1,068. Las tasas más bajas se siguen registrando en campesinos, amas de casa y estudiantes.

De los casos notificados hasta el 1° de enero de 1993, en los que se conoce el factor de riesgo 64.2% corresponden a hombres con prácticas homo y bisexuales, al comparar las dos últimas anualidades. También se observa un pequeño incremento en cuanto a la transmisión sexual que va de 1,894/2,183 -- (86.8%) en 1991 vs 1,806/2,023 (89.3%) en 1992 para estos mismos períodos - también se observa que no han variado de una manera importante el rubro de - homosexuales y bisexuales. Sin embargo, el grupo de los heterosexuales sí ha observado un incremento en la última anualidad 479/2,183 (21.9%) vs 553 / - 2,023(27.3%).

Se ha prestado gran atención a la transmisión del VIH en homosexuales ya que son la población más afectada. Varios son los factores de riesgo y condicionamientos sociales implicados en la relación SIDA-Homosexuales.

La promiscuidad y la realización de ciertas prácticas sexuales (inserción o recepción bucogenital, coito anal pasivo, maniobras braquioprácticas) son -- quizá los factores más importantes en los homosexuales - bisexuales, además de otros factores.

En la transmisión sanguínea también se ha observado un decremento en la última anualidad 255/2,183 (11.7%) vs 176/2,023 (8.9%). El descubrimiento del - virus HTLV-III/LAV y la creación de pruebas para detectar su presencia y la de anticuerpos contra él, han permitido la identificación de portadores asintomáticos, además de confirmar que la enfermedad tiene un largo período de - incubación y que personas asintomáticas pueden transmitirla.

Hasta ahora se han notificado 10,221 casos en hombres adultos, la categoría que sigue acumulando la mayor proporción de casos es la transmisión sexual - de donde el 39.9% corresponde a hombres homosexuales, el 27.7% a bisexuales y el 19.9% a heterosexuales, en conjunto estas tres categorías acumulan el 87.6% de los casos.

Cuarenta y ocho nuevos casos de mujeres fueron notificados en el último mes. Se ha observado un decremento importante en los casos por transfusión sanguínea en los casos en que se conoce la categoría de transmisión, esta categoría fue de 220/405 (54.3%) para 1991 vs 150/345 (43.5%) para 1992.

En los casos por transmisión heterosexual de las dos últimas anualidades se observa un incremento del 12.4% en 1991 la proporción de casos para este rubro fue de 167/405 (41.2%) vs 185/345 (53.6%) para 1992. Hasta ahora se han notificado 1,688 casos de mujeres adultas y la mayor proporción de casos se sigue encontrando en transmisión sanguínea, de donde el 57.6% son en mujeres transfundidas, la mayor parte debido a causas obstétricas, 2.7% en exdonadoras remuneradas y 0.7% debido a otras causas de origen sanguíneo, en conjunto el 60.9% de los casos acumulados en mujeres son de origen sanguíneo y el 39.1% por transmisión heterosexual (Cuadro 3).

Durante el mes de diciembre de 1992 se notificaron diez nuevos casos pediátricos, siete en niños y tres niñas, ninguno de los casos fue atribuible a transmisión sexual. De los casos en los que se conoce el factor de riesgo se observa una mayor incidencia en los casos perinatales en el sexo femenino - que en el masculino. Hasta el 1º de enero de 1993 se han acumulado 383 casos de SIDA pediátricos de los cuales el 51.2% son por transmisión perinatal, 28.2% por transfusión sanguínea, 18.6% en niños hemofílicos y 2.0% por abuso sexual.

En suma, en el grupo masculino la mayor proporción de casos atribuibles a -- transmisión sexual se encuentra entre 20 y 49 años de edad lo cual coincide con ser también los grupos de mayor actividad sexual, para este mismo modo - de transmisión en las mujeres los grupos de edad más afectados son entre los 20 y los 34 años (edad reproductiva). En relación a los casos por trans -- fusión sanguínea estos se pueden observar en todos los grupos, pero la mayor proporción en hombres se encuentra entre los 20 y los 49 años mientras que -



CUADRO 3

CASOS DE SIDA EN ADULTOS POR CATEGORIA DE TRANSMISION  
EN MEXICO, HASTA EL 1º DE ENERO DE 1993.

CATEGORIA DE TRANSMISION.	Nº DE CASOS ACUMULADOS HASTA EL 1º DE ENERO DE 1993.	
	Nº	%
Homosexuales masculinos	3,455	34.2
Bisexuales masculinos	2,400	23.8
Heterosexuales	2,280	22.7
Subtotal de la Transmisión sexual	8,144	80.6
Transfusión	1,371	13.6
Ex-donadores remunerados	275	2.7
Hemofílicos	116	1.1
Drogadictos intravenosos	77	0.8
Exposición ocupacional	2	0.0
Subtotal de la Transmisión sanguínea	1,841	18.2
Homosexuales Drogadictos intravenosos	118	1.2
Subtotal	10,103	84.8
No documentado	1,806	15.2
Total	11,909	100.0

en las mujeres entre los 25 y 49 años. Los casos en hemofílicos se sitúan mayormente entre escolares y adolescentes. En cuanto a los casos en drogadictos intravenosos observamos que existen 8 casos en hombres por cada caso en mujeres y en el sexo masculino el mayor problema se encuentra entre los 25 y 34 años de edad. En los casos de exdonadores remunerados de productos sanguíneos, en los hombres la mayor proporción de casos se sitúa entre los 25 y 35 años mientras que en las mujeres es entre los 30 y 39 años. Sólo en los casos perinatales no se observan diferencias importantes por sexo y la mayor proporción de casos se encuentra en lactantes 96 casos (0.8%) y preescolares 144 casos (1.2%).

La institución que acumula la mayor proporción de casos registrados es la S.S.A. la cual ha notificado 5,539 casos (45.1%), el I.M.S.S. ha notificado 4,559 casos (37.1%), una proporción menor ha sido notificada por otras instituciones; 1,190 casos (9.7%), y el I.S.S.S.T.E. ha notificado 1,004 casos (8.2%).

La mitad de los casos 6,036 (49.1%) han fallecido, continúan vivos 5,262 casos (42.8%) y se desconoce la evolución de 994 casos (8.1%).

A nivel mundial México ocupa el décimo lugar de casos reportados de SIDA ante la O.M.S., y el tercero en el Continente Americano, donde es Estados Unidos, el que ocupa el primer lugar con un total acumulado de más de 200,000 casos de SIDA reportados.

En los primeros 100,000 casos 15% eran hispanos; entre los segundos 100,000 casos la proporción aumento a 17%.

Del total estimado de personas infectadas en Estados Unidos (1 millón), --- aproximadamente el 20% han desarrollado SIDA, y han habido 133,232 muertes asociadas al síndrome (I.N.D.R.E. 1993).

Nuestra vecindad con Estados Unidos podría representar, en la lucha por evitar o disminuir los embates del SIDA, una circunstancia de riesgo permanente

pues se trata de la nación con mayor número de enfermos por este padecimiento y el principal lugar hacia donde emigran temporal o definitivamente los mexicanos. De esta manera el fenómeno migratorio se convierte en un asunto importante dentro del estudio de los movimientos y características psicosociales que influyen de una u otra manera en la expansión del SIDA entre los habitantes de nuestro país.

Nuestro país ha sido testigo de una intensa migración interna, sobre todo del campo hacia la ciudad; así mismo, de una permanente migración internacional. Dentro de esta última, la migración indocumentada hacia los Estados Unidos ocupa un lugar importante. Mario Bronfman citado por Leyva J.A. (1988) opina que no hay mecanismos que puedan detener la migración de los trabajadores mexicanos hacia Estados Unidos porque ésta no atiende a una vocación viajera, sino a una búsqueda de fuentes de trabajo, como resultado del desempleo o empleos mal remunerados en sus lugares de origen. Por tanto, en vista de que no es posible frenar esta migración, ni siquiera mediante herramientas legales ni policíacas, es necesario intensificar la información y educación sobre la enfermedad y sus formas de contagio, además de insistir en las prácticas de sexo protegido como opción efectiva para disminuir los riesgos de infección para enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la que provoca el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), ya que se considera esta migración como un factor de riesgo importante para los emigrantes sobre todo ilegales.

Al respecto la especialista Elena Alvarado (1992) afirma: "si eres latina, pobre, y víctima del mortal SIDA en Estados Unidos, la atención que recibirás de su Sector Salud pondrá rápido fin a tu sufrimiento. Es decir, morirás cinco veces más rápido que un homosexual blanco infectado de SIDA. Además no serás un caso aislado, las últimas cifras del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC), destacaron que en la Unión Americana los casos de latinas con SIDA superan más de cuatro veces su proporción comparada con la que tienen en la población femenil".

Por lo que las latinas pobres han sido el terreno más fértil para la epidemia. La carencia de antecedentes culturales, de discutir el tema del sexo en sus familias y la falta de programas que las incentiven y enseñen a hacerlo (aunado al manejo del idioma) las hacen las más vulnerables.

Así, conforme los casos de transmisión por vía heterosexual se han incrementado, son las latinas el grupo étnico de más alto riesgo de contagio por esa vía.

Por lo tanto, debido al poco manejo que éstas tienen del inglés, a la falta de acceso a servicios médicos y a su temor por ser deportadas, fallecen en el anonimato o regresan a sus pueblos sin conocer las causas de su mal. Por lo que la franja fronteriza se ha convertido en una "zona sin control".

Reflejándose esto en el presupuesto per cápita de México, y en el presupuesto de salud, dado que la atención médica de un paciente con SIDA asciende a 19'140,000 pesos (N\$ 19,140), (Castellanos L. 1992).

A esto se suma la atención psicológica que se tiene que brindar a los pacientes infectados por el VIH, situación que no es considerada por el presupuesto de salud.

Proyecciones conservadoras de la O.M.S. sugieren que, para el año 2000, se habrán infectado entre 15 y 20 millones de seres humanos a nivel mundial. Tan alarmante como estos números fríos es el perfil cambiante de la epidemiología del SIDA. El patrón de transmisión de la enfermedad no es inmutable; adquiere mosaicos diferentes en cada lugar o grupo poblacional, el ritmo con el que está avanzando el virus está trazando un patrón que llega hasta el umbral familiar.

Por lo que es importante fomentar la educación para la salud y evitar los riesgos de transmisión sobre todo en adolescentes (González, Block 1988).

Nota: Es conveniente para contar con datos más actuales consultar el Boletín mensual SIDA/ETS vigente.

*"... lo que lleva a la muerte no es siempre el perder la batalla contra el virus, sino lastimosamente el haber perdido la batalla contra la estigmatización social ..."*

*Walkins.*

## CAPITULO II. ASPECTOS PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL SIDA.

### 2.1 ASPECTOS PSICOLOGICOS RELACIONADOS CON EL SIDA.

La presencia del VIH en la sangre provoca en las personas una serie de reacciones psicológicas que varían de acuerdo a la historia y patología propia de su tipo de personalidad, sin embargo existen rasgos psicopatológicos comunes observables en la mayoría de ellos (Gómez Alva A. 1987).

Morin, S., et al (1984) y Abrahams D. I., et al (1986) refieren que una persona que se sabe infectada por el VIH, se enfrenta a varios aspectos básicos que ponen a prueba su fortaleza física, y su capacidad de ajuste emocional, debido a que tiene que afrontar el miedo que provoca el saber que no existe ninguna cura para el SIDA y que probablemente no la haya en 10 o 20 años, por lo que el miedo básico a la muerte (tánatos) surge con una fuerza casi incontrolable, así como el miedo a la agonía; desesperación asociada a los aspectos degeneracionales de la enfermedad, a un padecimiento insidioso; a la disminución del soporte social-familiar; al aumento de la dependencia; a que el círculo social se entere; al aislamiento; a la estigmatización; a la pérdida de estatus ocupacional, financiero; a la pérdida de la autoestima; a perder el atractivo físico (dismorfofobia); al contagio (tanto de ser contagiado de alguna enfermedad por los demás, así como a contagiarlos); lo que origina un sentimiento de culpa; así como interés y confusión sobre opciones para el tratamiento médico. Viéndose involucrados en dos epidemias: la epidemia clínica del SIDA y la epidemia "secundaria"-de miedo y desconfianza, de soledad y acoso, una "epidemia psicológica". Por lo que el paciente y el médico que se enfrentan al SIDA tienen que confrontarse con tres aspectos: la sexualidad, el contagio y la muerte, que tienen como marco de referencia situaciones socioculturales, psicológicas y médicas que involucran al individuo, a la familia y a la comunidad, debido a que el ser humano siempre tiene que estar dentro de un contexto, es

decir inmerso en la sociedad de la cual no puede sustraerse ni dejar de - influirse, en la que busca su identidad, su pertenencia y contra la cual tiene que luchar para llegar a encontrarlas.

Lo que provoca un trastorno que se presenta en tres diferentes niveles de causalidad:

- a) Nivel de influencia orgánica del virus.
- b) Nivel de influencia psicológica individual.
- c) Nivel de influencia social.

Cada uno de estos niveles tendrá una mayor o menor función sobre la característica y desarrollo de los síntomas, lo que a su vez determina la - fase clínica en la que se encuentre el paciente.

Los síntomas clínico-psiquiátricos en los pacientes con infección por VIH dan diversos aspectos pertenecientes al marco de lo social, los cuales de sencadenan reacciones psicológicas en torno a la ansiedad y la depresión, pero también en el marco individual a un nivel puramente psicológico donde partiendo del hecho de que la respuesta humana está determinada por factores internos y externos que conforman la personalidad, vamos a encontrar toda una gama de reacciones psicológicas.

Es realmente poco y de muy mala calidad lo que una ciencia tan importante y con tanto auge como la psicología, en todas sus áreas (clínica, social, fisiológica, experimental e industrial) han investigado al respecto.

Sin embargo el estudio de unos cuantos que se han involucrado en un área tan vasta y al mismo tiempo tan árida como ésta, ha puesto en evidencia - la complicada trama que subyace al proceso de padecer SIDA. Desde los primeros reportes de casos de SIDA en 1978, varias líneas de investigación - se han desarrollado; entre ellas el abordaje psiquiátrico, el psicológico y el neurológico.

La asistencia psicológica y neuropsiquiátrica de pacientes infectados nos permite entender cuáles son las variables que conducen a la aparición de patología al saberse infectados con el VIH o presentar la sintomatología propia del SIDA. (Valencia A. et al 1989).

Existen rasgos de personalidad observables en la mayoría de ellos que aparecen asociados a las fases que Kübler Ross (1970) describe como propias del proceso que se presenta en pacientes con enfermedades terminales. Kübler R. señala un proceso presente en la mayoría de pacientes cuando son informados de padecer una enfermedad incurable y mortal. Estas fases también son perceptibles en pacientes infectados por VIH.

La primera fase se conoce como **negación**; en ella el paciente trata de evitar el dolor psíquico de saberse infectado; mantiene sus actividades y conductas previas a los resultados, lo que implica que continúe con actividades de alto riesgo, dando por descontado que puede presentar síntomas físicos y/o psicológicos, por lo que trata de evitar el contacto con cualquier especialista. Cuando el paciente ha elaborado el impacto inicial, empieza a hacer preguntas, las cuales deben ser contestadas de manera adecuada, es decir informando sobre su real situación física y evitando dar falsas esperanzas. Pasada la fase de negación, se vuelve irascible y difícil, desplaza su angustia, envidia y agresión a las personas que lo rodean; esta agresión puede ir dirigida hacia individuos en particular o hacia la población en general, culpándolos de ser responsables de su enfermedad, cuestionándose constantemente "¿porqué yo ?"; lo que se conoce como la fase de cólera.

Estas dos etapas son de singular importancia en el caso de pacientes diagnosticados como seropositivos, porque es precisamente en este período donde pueden infectar a otros.

La tercera fase es la del **pacto**: el paciente generalmente pacta con alguna forma sobrenatural de existencia o fuera de su realidad inmediata, maneja



conscientemente parte de su conflictiva interna y pide un tiempo para intentar hacer cambios en su vida. Cuando esta fase termina, el individuo entra en franca depresión, analizando sus pérdidas. La fórmula subjetiva es: "Lo he perdido todo, ahora el mundo no tiene sentido, estoy infectado". En éste punto la pérdida se debe a la falta de suministros externos. En estos pacientes observamos que lo esencial es la carencia de suministros internos, y la fórmula es: "Lo he perdido todo porque no soy merecedor de nada, ni siquiera de vivir". Cuando los pacientes obtienen un resultado positivo, tratan de influir sobre las personas de su entorno para que les devuelvan la autoestima perdida, demostrando su desdicha y forzando su afecto. Así existe una permanente necesidad de suministros afectivos que puedan elevar su autoestima, caracterizándose por su dependencia y su tipo narcisista en la elección de una pareja, tendiendo a cambiar de compañía con frecuencia. Se empeñan en tener un "buen entendimiento", siendo incapaces de contribuir a ello, argumentando que "no son entendidos"; se sienten desvalidos, sin esperanzas para un futuro próximo, sensación que suele ir en aumento cuando han tomado la decisión de no integrarse a un proceso terapéutico, junto a una serie de pérdidas que ellos mismos han provocado por el monto de angustia y/o culpa que sienten respecto a la infección. Este aislamiento social aparece por períodos que varían desde un par de semanas después de saberse infectados, hasta meses o incluso años; el aislamiento está íntimamente ligado con las relaciones de tipo afectivo que el paciente haya podido desarrollar y mantener a lo largo de su vida; se caracteriza por miedo injustificado de infectar a otros, lo que ocasiona que se alejen, evitando así cualquier tipo de contacto social normal.

A las pérdidas mencionadas se agrega la fantasía de los cambios que sufrirá su imagen corporal; dejarán de ser individuos sanos, atractivos, disminuirá su actividad sexual, habrán perdido la posibilidad de concebir un hijo y muy probablemente tendrán que enfrentarse o ya se enfrentaron a la pérdida de amigos que murieron o están próximos a morir por SIDA. Aparecen en algunos la homofobia como resultado de la culpa que sienten por haber infectado a otros, conociendo su condición de seropositivos. Algunos pacientes presentan ideas suicidas; éstas no surgen en el momento

de conocer su resultado positivo, sino que aparecen en el transcurso del tratamiento, cuando empiezan a morir por SIDA amigos o personas que creen haber infectado o bien al percatarse de que son excluidos de la sociedad.

Finalmente surge la fase de aceptación; el paciente empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas. Podrá nuevamente dependiendo de su historia personal y patología predominante, hacer cambios estructurales en su aparato psíquico - que le permitan incorporarse a la vida diaria con nuevos hábitos de conducta, enfrentando de una nueva manera los desafíos del mundo externo.

En términos generales, los pacientes infectados por el VIH pasarán por estas fases, no todos los pacientes siguen este orden riguroso descrito - por Kübler Ross; pueden tener regresiones importantes a fases anteriores (Rossy Luisa, et al 1989; Ostrow G.D., et al 1990).

Tomando en cuenta que el efecto psicológico en los pacientes ha sido descrito como una reacción de ajuste en que el stress es lo suficientemente grave para ser catastrófico, y las catástrofes generalmente producen - stress, que se divide en tres estadios: crisis inicial, estadio de transición y estadio de aceptación; ha sido posible entender un poco el proceso psicológico subyacente, adecuado a estas etapas:

#### a) Crisis inicial.

Los estudios en pacientes con enfermedades terminales han demostrado una respuesta aguda de negación, alternando con períodos de intensa ansiedad. Esta negación puede ser tan completa que el paciente llega a desarrollar una actitud de indiferencia. Los pacientes, pueden sentirse abrumados por sus emociones e incluso pueden presentar comportamientos que pongan en - peligro su vida. En éste estadio las reacciones emocionales usuales del - SIDA incluyen choque, negación, culpabilidad, temor, enojo y tristeza. Una de las complicaciones más graves del SIDA es el impacto en las relaciones de apoyo.

Los pacientes en estado de crisis tienen dificultad para retener información y pueden distorsionar lo que se les dice de su enfermedad. Es vital su referencia a servicios de apoyo, asesoramiento y orientación y, en los casos en que sea factible a tratamiento psicoterapéutico localizado.

#### b) Estadio de transición.

El estado transicional empieza con sentimientos alternos de enojo, culpabilidad, y autocompasión. Este es un estadio de autodevaluación y depresión.

Este período se caracteriza por stress y confusión. Los rechazos sociales son evidentes y agravan la situación. Al ocurrir cambios en la autoestima, la identidad y los valores, además de distanciamiento y represión por parte de familiares y la comunidad, se pueden presentar intentos de suicidio.

Sin embargo los pacientes se muestran accesibles a intervenciones psicosociales, también puede ocurrir el distanciamiento grave, una reacción peligrosa de aislamiento en la cuál los pacientes rehusan afrontar la enfermedad y rechazan amigos, familiares y médicos.

Otros pueden manifestar su enojo continuando con comportamiento sexual promiscuo, poniendo en peligro la vida de otros así como la de ellos mismos. En algunos países se han notificado situaciones de stress adicional, cuando el paciente se enfrenta a la tristeza de múltiples pérdidas: del control corporal y vigor físico, carrera e ingresos, relaciones importantes y hasta el hogar, además muchos individuos sienten miedo del dolor y de la agonía, consecuentemente estos pacientes pueden exhibir temor y depresión en lugar de enojo, situación que se agrava dado que los enfermos son adultos jóvenes, homosexuales, bisexuales o heterosexuales.

Las personas en estadio de transición necesitan formar nuevos valores. Generalmente es difícil reestructurar las relaciones alteradas con sus seres queridos y con sus familiares.

### c) Estadio de aceptación.

La formación de una nueva identidad estable ocurre al llegar a la etapa de aceptación. Los pacientes aprenden a aceptar las limitaciones que el SIDA les impone, pero también se percatan de que aún pueden manejar sus vidas reaccionando a la enfermedad con mayor razonamiento que emoción.

Estos pacientes examinan las fuentes de dolor y placer y reexaminan el valor del coraje, la determinación, el afecto y el cariño hacia otros y logran aprender la calidad en lugar de la cantidad de tiempo en sus vidas. Algunos pacientes incluso pueden abocarse a la espiritualidad en busca de esperanza y desahogo.

Ciertos pacientes encuentran satisfacción en actividades comunitarias y altruistas y se involucran en proyectos y metas previamente ignoradas. Otros se vuelven más responsables de su propia salud, algunas veces experimentando incluso con dietas "macrobióticas", prácticas de meditación, etc. (Sector Salud y CONASIDA 1988).

A estos estadios se agrega un cuarto estadio:

### d) Preparación para la muerte.

El temor de volverse totalmente dependiente de otros usualmente reemplaza el miedo a morir. Muchos pacientes deciden que el suicidio sería preferible que esta condición, aunque los que se encuentran en estados altamente incapacitantes, continúan defendiendo la vida. No obstante, esta etapa final de ajuste es primordial para hacer una preparación para la muerte.

Aquí el paciente puede beneficiarse al terminar asuntos previamente incompletos, como pedir u otorgar perdón, buscar o hablar con ciertas personas o terminar proyectos antes inconclusos (Pérez y Farias J. M. 1990).

Miller (1988) reporta diferentes reacciones psicológicas vinculadas a estas

etapas, algunas de ellas son: crisis ante la información del diagnóstico y la posible muerte, miedo y ansiedad por el pronóstico incierto y el curso de la enfermedad, depresión por el inevitable deterioro físico, y por las limitaciones que supone la enfermedad, culpa por haber sido vulnerable a la infección, ira y frustración por la incapacidad de superar el virus.

Cada una de éstas fases tiene una representación y un significado diferente para cada paciente. El significado tendrá que ver con los recursos psicológicos, físicos y sociales de cada individuo.

Todas estas reacciones están matizadas por una ansiedad que es una reacción de ajuste, la que permite al paciente responder ante un cambio de vida que en las personas asintomáticas con infección se vislumbra como mediato, pero que cuando hay síntomas supone un enfrentamiento directo con la muerte (Martin J. L. et al 1984).

La ansiedad creciente y miedo a adquirir el SIDA a su vez pueden desencadenar síntomas físicos que el paciente puede confundir con agravamiento de su condición médica, ya que interpreta cualquier tocido como neumonía, busca lesiones de sarcoma de Kaposi en su cuerpo varias veces al día, esto se hace evidente en los pacientes asintomáticos, pues desarrollan síntomas como sudoración, insomnio, diarrea, baja de peso, los cuáles no necesariamente significan un grado mayor de la enfermedad.

Y ante la menor infección están seguros de que van a desarrollar el cuadro clínico del SIDA.

En este sentido, ha sido evidente la aparición de elementos hipocondríacos y de somatización, ataques de pánico y ansiedad generalizada en personas que están en alguno de los "grupos de riesgo". Además estos episodios envuelven creencias infundadas de que la persona actualmente está muriendo de SIDA. En otros casos los episodios incluyen pensamientos obsesivos de la enfermedad (Cárdenas Arroyo J. 1989).

Valencia A. (1989) refiere que también se manifiesta una actitud "negadora adaptativa", conforme la adaptación del paciente se va estableciendo, la negación empieza a ceder, y la evaluación de los factores de riesgo se facilita. En otros casos ésta ansiedad puede ser suficientemente severa para impedir el funcionamiento social y emocional del sujeto.

Aquellos pacientes que tienen un soporte social y familiar adecuado (por ejemplo cuando la familia está al tanto de la homosexualidad, hay pareja estable, o un grupo de amigos que entiende la situación; existe soporte laboral en cuanto a pocas posibilidades de rechazo; existe seguridad económica en relación a las posibilidades de tratamiento, etc.), presentan menos problemas en cuanto a que su negación empiece a ser una dificultad para el manejo psicológico.

Las reacciones emocionales secundarias a los factores sociales son vividas como carencias reales, independientemente de que exista y esté presente el soporte psicosocial, ya que ante el impacto de la enfermedad se produce en la mente del paciente una situación de catástrofe que facilita el caos y la desintegración, expresados por pensamiento mágico e ideas delirantes con relación a la enfermedad.

En el momento en que la negación adaptativa empieza a ceder, cuando el mecanismo adaptativo ha favorecido la posibilidad de dar herramientas de confrontación con la nueva realidad del paciente, se inicia un nuevo proceso de reajuste donde la depresión juega un papel importante.

La subsecuente reacción de ajuste depresivo aparece como producto de la percepción del futuro que tiene el paciente; básicamente se establece como fenómeno psicológico referente a las expectativas acerca de la evolución incierta, el aislamiento, las posibilidades de reintegración social, las expectativas terapéuticas entre otros, y van a funcionar como elementos estresores que ponen a prueba el aparato psicológico del paciente.

La incertidumbre va a representar un papel primordial en el desarrollo de los síntomas psicológicos antes mencionados; si se clasifica a los pacientes con infección por el VIH como: a) Asintomáticos, b) Linfadenopatía generalizada y c) SIDA.

Los síntomas tienen diferencias particulares: el grupo con mayor ansiedad y depresión, así como con una intensa negación, la cual imposibilita la asistencia de los pacientes, se da en aquellos que presentan la linfadenopatía generalizada, por la gran incertidumbre acerca del futuro en cuanto a lo social, al tratamiento y a las expectativas de vida.

Los pacientes seropositivos asintomáticos presentan mecanismos de adaptación que les facilitan posponer la confrontación con el futuro, de tal manera que se injerta una situación esperanzadora que ayuda a la conservación de una homeostasis psicológica.

Por otra parte Didier Seux (1984), a través de su investigación, logra definir cuatro tipos de descompensaciones en la personalidad de los pacientes con SIDA:

- Puede tratarse al principio de una real depresión. El enfermo tiene insomnios y angustias. Rumia sus tensiones y sus preocupaciones mórbidas se reactivan. La gravedad de su enfermedad invade su pensamiento. Su vida se transforma por el surgimiento de una culpabilidad anterior. La idea de la falta lo constriñe a creer que ha sido castigado por sus vicios.

- Otros enfermos se vuelven maníacos, en el sentido psiquiátrico. Están agitados y dispersos. Desarrollan una incontenible necesidad de hablar, lo que anima a la angustia. Se lanzan en grandes explicaciones y racionalizaciones pseudodelirantes que los obligan a ver todos sus problemas existenciales.

- También encontramos descompensaciones histeriformes. Los enfermos juegan con su enfermedad y su muerte para protegerse de sus angustias. Se confían a un papel premórbido, se quedan en su cama y hacen una regresión total.

- Algunos sufren de descompensación psicótica: es el caso de los jóvenes más frágiles, en los cuales la estructura de personalidad todavía no está acabada. Esta situación, mucho más grave que las precedentes, representa a veces un modo de entrada a la psicosis (Gómez Alva A. 1987).

Además Horowitz (1976) con base a su experiencia clínica en pacientes que padecen SIDA ha descrito una serie de respuestas psíquicas aplicables a

los fenómenos que se observan en sujetos recién diagnosticados. El individuo enfrentado a un hecho traumático suele reaccionar con una exteriorización eficaz de su pena, o una especie de insensibilidad afectiva o parálisis emocional. El umbral de conciencia es perturbado a menudo por ideas fugaces e incontrolables, o imágenes desencadenadas por el hecho, y lo somete a un estado continuo de angustia. Innumerables individuos con SIDA se ñalan que su conciencia es invadida por ideas de sufrimiento y muerte. En circunstancias comunes, ellos vacilarán entre estos dos estados.

Una vez que ocurre la integración afectiva del diagnóstico, se logra, cuando menos, control parcial de la angustia aguda y la disforia. La atención del paciente se orienta a otros puntos.

Dentro de la teoría psicoanalítica Freud (1925) en su artículo "la negación" considera que ante una pérdida objetal se atraviesa por cuatro etapas psicológicas que son: Negación de la realidad; dolor moral; duelo y aceptación.

Negación de la realidad, aquí el sujeto tratando de aminorar la angustia, no admite haber tenido la pérdida objetal (o abstracción de la misma); la negación es una forma de presentación de lo reprimido; que supone un alzamiento de la represión. Con ayuda de la negación se anula una de las consecuencias del proceso represivo: la de que su contenido de representación no logre acceso a la conciencia, llegando a tener fantasías que sustituyen su realidad, mandando al inconsciente la verdad evidente para poder seguir funcionando en su medio. Se presentan conductas de rechazo, sustituyendo la realidad indeseada por otra más conforme a los deseos del sujeto.

Semejante posibilidad es facilitada por la existencia del mundo de la fantasía. Al ser instaurada ésta, mantiene una especie de atenuación de las exigencias del mundo exterior, y aunque el yo no permanece del todo aislado, se tiende a una relación más distanciada.

Freud (1924) en su artículo "la pérdida de la realidad en las neurosis y - en las psicosis" dice que el material para las fantasías es hallado por medio de la regresión a épocas reales anteriores más satisfactorias, obtenién



dose así sus nuevos productos optativos.

En este pseudo rompimiento con la realidad no rompen su relación erótica con las personas y las cosas, la conservan en su fantasía; esto es, han sustituido los objetos reales por otros imaginarios, o los han mezclado con ellos, y, por lo tanto en cierto modo han renunciado a realizar los actos motores necesarios para la consecución de sus fines en tales objetos. Freud (1914) en "Introducción al narcisismo" refiere que los pacientes en sus fantasías gustan de apoyarse en un trozo de realidad, en un fragmento distinto de aquel contra el cuál tuvo que defenderse y le presta una significación especial y un sentido oculto al que clasificamos de "simbólico".

Esta etapa también llamada de trauma o shock, además de caracterizarse por el estado depresivo, presenta la negación del resultado de seropositividad, como un mecanismo de defensa yoica; Fenichel O. (1982) afirma que el yo ha sido creado para la finalidad de evitar los estados traumáticos. Su función de tamizar y organizar (descargar y ligar) las nuevas cantidades de excitación es facilitada por su capacidad de anticipar en la fantasía los hechos que pueden ocurrir y prepararse para el futuro. Los hechos que no han sido anticipados son experimentados de una manera más vig lenta que aquellos para los cuales hubo una preparación previa. Cantidades de excitación no controlada, originadas, ya sea con abrumado - res acontecimientos repentinos o en una tensión crónica crean sensaciones de tensión sumamente dolorosas.

Los traumas graves que trastornan la economía de la energía psíquica trastornan también el equilibrio entre los impulsos reprimidos y fuerzas re - presoras.

Mientras más mecanismos de defensa presente el sujeto durante ésta etapa, más difícil le será librarla, ya que son estos los que fortifican la negación de la pérdida objetal y hacen más patológico al sujeto, haciendo que este se retraiga a fin de defenderse del dolor que le provoca esta pérdida.

La segunda etapa es el **Dolor Moral** (Freud, "Duelo y Melancolía" 1917) el - que es la verdadera reacción a la pérdida objetal; este dolor surge cuando un estímulo ataca la periferia (miedo a desarrollar SIDA en seropositivos,

miedo a ser aislado, a morir, etc.), traspasa los dispositivos de la protección contra los estímulos y pasa a activar como un estímulo instintivo continuo, contra el cuál son impotentes los actos musculares que sustraen al estímulo, el lugar sobre el que el mismo recae, actos eficaces en toda otra ocasión.

En los pacientes de VIH - SIDA observamos que existe dolor físico provocado por la sintomatología clínica, el cual tiene una transición al dolor psíquico por una carga narcisista del objeto (Freud S., "Inhibición, síntoma y angustia" 1925), debido a que la imagen de éste, elevadamente cargada por la necesidad instintiva, desempeña el papel del lugar del cuerpo, intensamente cargado por el incremento del estímulo, la naturaleza continua del proceso de carga y la imposibilidad de inhibirlo dan origen al estado de desamparo psíquico que el paciente experimenta. Ey Henry et al (1980) considera que este desamparo es expresado, por la reacción a la pérdida objetal, manifestándose en su forma más elemental por una autodepreciación, una minusvalía que puede encaminarse hacia una autoacusación, un sentimiento de culpabilidad, una autopunición o una agresión hacia el mundo exterior. Inculcando a cualquier persona o a todas por el contagio del VIH.

Esta acusación pertenece a una sintomatología secundaria de la depresión, la cual constituye una actividad propiamente de aniquilación del yo. Tal agresividad se encuentra ligada a un sentimiento de angustia muy intenso, el cual forma parte de la línea base del sentimiento de pérdida. Dicha angustia puede llegar a manifestarse como un rechazo al alimento, desde la simple falta de apetito a la más desesperada resistencia frente a toda alimentación, contribuyendo a un desmejoramiento físico.

Las ideas de suicidio se convierten en una obsesión, por lo que es necesario ejercer una vigilancia constante sobre el sujeto, hasta que haya elaborado la pérdida.

En esta etapa también se puede presentar una agitación ansiosa, por la intensidad del miedo que provoca la interrogante de: ¿Qué me va a pasar ahora que tengo VIH/SIDA?, este miedo es vivenciado muchas veces como un verdadero pánico.

Dentro de esta etapa se considera la inhibición como una especie de freno a los procesos psíquicos de la ideación que son lentos y se expresan en el campo de la conciencia y los intereses, lo cuál se ve reflejado en la motilidad, un ejemplo de ello es proporcionado por uno de los síntomas reactivos a la infección de VIH, sobre todo cuando se ha contraído la enfermedad por vía sexual, este es, la inhibición sexual; esta inhibición constituye un síntoma, el cual es creado para evitar el desarrollo de la angustia (Juárez B. M. et al 1988).

Freud en "Inhibición síntoma y angustia"(1925) considera que la inhibición es una simple disminución de la función, y la función sexual se halla sometida a diversas perturbaciones que en su mayoría presentan el carácter de simples inhibiciones. Estas se reúnen bajo el concepto de impotencia psíquica. Los síntomas principales de la inhibición son:

- 1º. La desviación de la libido al principio del proceso (displacer psíquico).
- 2º. La falta de la preparación física indispensable (falta de erección).
- 3º. La abreviación del acto sexual (eyaculación precoz).
- 4º. La interrupción del mismo antes del desenlace natural.
- 5º. La falta de efecto psíquico, falta de sensación del placer del orgasmo.

Algunas inhibiciones son evidentemente renuncias a la función a causa de

-que durante su realización surgiera angustia, por lo que la relación de la inhibición con la angustia es evidente.

Se ha observado que los procedimientos empleados para perturbar la función sexual son:

- 1º La simple desviación de la libido (desviación que parece ser lo que más especialmente provoca aquello que denominamos inhibición pura).
- 2º La alteración del ejercicio normal de la función.
- 3º Se puede estorbar la misma por condiciones especiales ligadas a ella o puede ser modificada por desviarla hacia otros fines.
- 4º Su prevención por medio de medidas de aseguramiento.
- 5º Su interrupción por desarrollo de angustia cuando no ha sido imposible impedir su iniciación.
- 6º Una reacción ulterior que protesta contra la función y que quiere deshacer lo hecho cuando, a pesar de todo, llegó la función a realizarse.

La inhibición es la expresión de una restricción funcional del yo, restricción que puede obedecer a muy diversas causas. Aunque en general la función yónica de un órgano quede alterada cuando su significación sexual, su "erogeneidad", recibe un incremento, por lo que el yo renuncia a estas funciones para no tener que llevar a cabo una nueva represión y evitar un nuevo conflicto con el ello.

Otras inhibiciones tienen efecto en servicio del autocastigo muy frecuentemente. El yo no debe hacer determinadas cosas porque habrían de traerle

consigo provecho y éxito, lo cual ha sido prohibido por el super-yo. Entonces renuncia el yo a tales funciones para no entrar en conflicto con el super-yo.

Las inhibiciones más generales del yo siguen otro distinto mecanismo, muy sencillo. Cuando el yo se encuentra absorbido por una labor psíquica de particular gravedad, tal como el duelo, gran supresión afectiva o, la tarea de mantener sumergidas fantasías sexuales continuamente emergentes, se empobrece tanto la energía de que puede disponer que se ve obligado a restringir su gasto en muchos lugares. Así las inhibiciones pueden estar expresadas en otras actividades como son: la nutrición, la locomoción, las relaciones interpersonales, laborales, etc.

Finalmente las inhibiciones son restricciones de las funciones del yo, bien como medida de precaución, bien a consecuencia de un empobrecimiento de energía.

Esta etapa de dolor moral también es llamada de Depresión Reactiva, la cual es un trastorno paralizante donde se pierde la autoestima, que está dada por la percepción de la impotencia, de la imposibilidad de amar, a causa de perturbaciones físicas o anímicas. Pero la fuente principal de este sentimiento es el empobrecimiento del yo, resultante de las grandes cargas de libido que le son sustraídas, o sea el daño del yo por las tendencias afectivas no sometidas ya a control ninguno, perdiéndose la confianza en sí mismo y aumentando la autodepreciación (Freud S., "Introducción al narcisismo" 1914).

El saberse seropositivo o sintomático es determinante y pone en juego una disposición o predisposición interna. De tal forma que la acción desencadenante del medio y las tendencias emocionales virtuales (predisposición) son complementarias en el determinismo mismo de toda "reacción psicopatológica". Es decir que la noción de reacción remite más exactamente a la de umbral de ruptura que la de una patogenia puramente "exógena" o "psicógena". Dicho de otra manera la reacción está relacionada no sólo con las condiciones del medio sino con la organización misma del sujeto.

Algunos pacientes desencadenan accesos depresivos que sobrevienen bajo la influencia de factores exógenos (emociones, "surmenage", conflictos, en una palabra acontecimientos procedentes del medio), que son introducidos por su nueva condición de enfermos, los accesos sobrevienen casi siempre favorecidos por una predisposición de la personalidad de base, un poco como si la tolerancia al stress estuviera descendida en determinados individuos.

Durante esta etapa hay un descenso del humor, el individuo, experimenta una lasitud moral, una dificultad para pensar, para evocar (trastornos de la memoria), una fatiga psíquica, paralelamente experimenta una astenia física, y un entecimiento de la actividad motriz, que se asocian a malestares somáticos variados en relación con perturbaciones neurovegetativas siempre revelables.

Hay que resaltar la importancia considerable que tienen los trastornos somáticos como: cefaleas, algias diversas, sensaciones de ahogo, palpitaciones cardíacas, dolores vertebrales o articulares, trastornos digestivos, constipación, etc. Es posible incluso que estos trastornos adquieran una importancia tal que el estado depresivo quede camuflado (Ey Henry, et al 1980).

En ocasiones presentan una especie de actitud ostensiva de desvalimiento, de dependencia pasiva y manifiestan ciertos rasgos orales. Algunas de estas manifestaciones son el alcoholismo y/o la farmacodependencia reactivos al diagnóstico. Esto se da porque la adaptación al dolor y a las alteraciones de las funciones no siempre es fácil.

Las diversas formas en que esta adaptación es intentada, y el hecho de que se logre o no, depende naturalmente de la estructura total de la personalidad, de su historia y sus luchas defensivas latentes. En primer lugar, el proceso somático que se opera en los órganos requiere gran parte de la libido y de la atención mental de la persona. Por otra parte, la enfermedad o el cambio físico puede representar inconscientemente, para el paciente, algo que perturba un equilibrio vigente entre fuerzas reprimidas y represso

ras (Fenichel O. 1982).

Estas reacciones que no son más que un tipo de depresión, se dan porque en ese momento ante el saberse infectado, al sujeto se le deshace su esquema conceptual que utilizaba para vivir, es decir, todo su marco referencial acaba de ser mutilado y tendrá que reconstruir ese marco para poder adaptarse a su medio y seguir viviendo, esto es, tendrá que elaborar su pérdida y salir adelante o, se habrá fijado en alguna de estas etapas, condenándose a sí mismo a presentar patología reactiva y fracasar en su ontogenia psicológica.

La reacción de inhibición puede ser normal en un sujeto, como consecuencia de un acontecimiento muy penoso y al mismo tiempo es parte del duelo normal, la exacerbación o prolongación de este estado es lo que lo convierte en patológico. Cuando el individuo es incapaz de salir de este estado existen una serie de trastornos que le llevan a una patología seria que daña su vida, no permitiéndole ver lo que hay en el futuro o planearlo y por ende requerirá muy probablemente de ayuda psicológica.

El Duelo es la tercera etapa, el cual surge bajo la influencia del examen de la realidad, que supone definitivamente la separación del objeto, puesto que el mismo no existe ya (Freud S., "Inhibición, síntoma y angustia" 1925).

En los pacientes con VIH-SIDA se da este duelo porque hay una serie de pérdidas objetales que se dan secuenciadamente, lo que le confiere un carácter especialmente doloroso, debido a que la angustia está presente intrínsecamente por el yo, a través de la pérdida de la percepción del objeto.

Aquí el duelo es un afecto normal, aunque se trate de un estado que le impone considerables desviaciones de su conducta normal que al cabo de un tiempo desaparecen por sí solas, y que es perjudicial perturbarla, porque el duelo intenso, integra un doloroso estado de ánimo, la pérdida de capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso y el apartamiento de toda actividad. Dándose una inhibición y restricción del yo, que son la expresión de su en

trega total al duelo, que no deja nada para otros propósitos e intereses. La labor del duelo es entonces el examen de la realidad que ha mostrado que el objeto no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo. Contra esta demanda surge una oposición naturalísima - que puede ser tan intensa que surjan el apartamiento de la realidad y la conservación del objeto por medio de una psicosis desiderativa alucinatoria. Lo normal es que el respeto a la realidad obtenga la victoria, pero su mandato no puede ser llevado a cabo inmediatamente, y sólo es realizado de un modo paulatino, con gran gasto de tiempo y de energía de carga, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto perdido. Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace de la libido con el objeto es sucesivamente despertado y sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido.

Al final de la labor del duelo vuelve a quedar el yo libre y exento de toda inhibición, dejando de aparecer el mundo desierto y empobrecido ante los ojos del paciente, quedando libre del objeto perdido la libido, y regresando al yo, debido a que el duelo normal mueve al yo a renunciar al objeto, comunicándole su "muerte" y desvalorización (Freud S., "Duelo y melancolía" 1917).

En esta etapa se da la elaboración, el individuo ha encontrado un ajuste a su medio, tomando responsabilidad de lo que debe hacer.

Algunas veces presenta una situación de "resentimiento", siempre hay detrás una serie de abstracciones tales como: "fue la voluntad de Dios", lo que les ayuda a resignarse, pero la resignación sólo es necesaria para protegerse del sentimiento de impotencia y las frustraciones, que en muchos casos acarrearán una actitud de rebeldía.

La Aceptación es la última etapa, que se da después de haber atravesado por las tres anteriores y sólo si se elaboraron adecuadamente tales situaciones. Los elementos necesarios para dicha elaboración son el tiempo y la compañía.



Con el tiempo la serie de elementos que intervienen en todo el proceso, lo gran "un sedimento emotivo" que posibilitará el aprender el significado y poder interiorizarlo, obteniendo así la aceptación que es un proceso lento y gradual.

El apoyo social, familiar y psicológico son elementos muy importantes que proporcionan la posibilidad de verbalización de todo lo anterior y también gracias a ello se elabora la pérdida objetal (Juárez B.M. et al 1988).

Todos los pacientes que se saben infectados por el VIH, generan síntomas los cuales son formados algunas veces con el fin de eludir la angustia.

Freud S. en "Inhibición, síntoma y angustia" (1925) postula que la angustia es un estado displaciente especial, con actos de descarga por vías determinadas y la percepción de estas, es un estado afectivo que sólo puede ser sentido por el yo. El ello no puede experimentar angustia, pues no es una organización ni puede discriminar las situaciones peligrosas, pero se da muy frecuentemente el desarrollo o preparación en el ello de procesos que dan ocasión al yo para una explosión de angustia. Dando como resultado que la angustia pueda conquistar en la economía anímica un lugar de excepción porque se halla íntimamente enlazada a la escena de la naturaleza del peligro, el miedo a la muerte (que es uno de los miedos básicos).

En los pacientes con SIDA encontramos un peligro real, un peligro conocido y una angustia real, la angustia ante tal peligro conocido. Pero ésta se interpola con la angustia neurótica que es ante un peligro que no conocemos, un peligro emanado de un instinto (el peligro de muerte). En el peligro real desarrollamos dos reacciones: la afectiva, o sea la angustia a manera de explosión; y la otra, una acción protectora.

Vemos así que es angustia ante algo. Le es inherente un carácter de impresión y una carencia de objeto (la poca certeza de la evolución de la enfermedad y la constante pérdida de estímulos externos) la que en los

pacientes con sintomatología de SIDA se ve acrecentada, debido a que la angustia nació como reacción a un estado de peligro y se reproduce cada vez que surge de nuevo tal estado, y aquí la situación de peligro es la formación de síntomas clínicos, la disminución del sistema inmunológico, la pérdida de la imagen corporal y toda una gama de pérdidas.

Los síntomas ligan la energía psíquica que de otro modo sería descarga - - da en forma de angustia, son creados para liberar al yo de tal situación. Si la formación de síntomas es impedida, surge realmente el peligro. Adquiriendo secundariamente el significado de una demostración de la propia situación de desvalimiento, a objeto de asegurarse una ayuda externa.

Todos los síntomas están matizados por la angustia, el desarrollo de la - misma inicia la formación de estos y constituye una premisa necesaria para su formación. Pues si el yo no despertara por medio del desarrollo de angustia a la instancia placer-displacer, no alcanzaría el poder detener el proceso amenazador iniciado en el ello.

Así la formación de síntomas logra el resultado de suprimir la situación peligrosa. Tal formación tiene dos aspectos: uno oculto a nuestra percepción, que establece en el ello aquellas modificaciones mediante las cuales es sustraído el yo al peligro; y otro visible, que nos muestra lo que ha creado en lugar del proceso instintivo influido, o sea, la formación substitutiva.

En este caso se nos muestran mezclados los caracteres de la angustia real y los de la angustia neurótica: el peligro es conocido y real, pero la angustia ante él es excesivamente grande, mayor de lo que nuestro juicio nos dice debiera ser.

Esto se debe a una diferencia de estimación de nuestra fortaleza en comparación con la magnitud del peligro y el reconocimiento de nuestro desamparo material en el caso del peligro real y de nuestro desamparo psíquico en el caso del peligro instintivo. En esta estimación es guiado nuestro juicio por experiencias realmente vividas, y para el resultado es indiferente

que se equivoque o no en su apreciación. Tales situaciones de desamparo realmente experimentadas son las que calificamos de situaciones traumáticas.

La angustia es pues, por un lado, una expectación del trauma y por otro su reproducción mitigada. Su relación con la expectación pertenece a la situación peligrosa, y su imprecisión y su falta de objeto, a la situación traumática de desamparo anticipada en la situación peligrosa. Es también la reacción primitiva al desamparo en el trauma, reacción que es luego reproducida como señal de socorro, en la situación peligrosa. El yo que ha experimentado pasivamente el trauma, repite ahora activamente una reproducción mitigada del mismo con la esperanza de poder dirigir su curso, ocurriendo una serie de desplazamientos.

Aquí lo decisivo es el primer desplazamiento de la reacción angustiosa, desde su origen en la situación de desamparo a la de expectativa de una tal situación.

En la situación traumática, contra la cual estamos desamparados, coinciden el peligro exterior y el interior, el peligro real y la exigencia del instinto, lo que solamente se convierte con frecuencia en un peligro, dado porque su satisfacción traería consigo un peligro exterior, o sea, dado porque tal peligro interior representa un peligro exterior. Permittedose así la formación de síntomas, en los que se observan dos actividades del yo: una es la de "deshacer lo sucedido" y la otra la del "aislamiento". Estas son técnicas del yo, de las cuales: la primera tiende a "suprimir", por medio del simbolismo motor, no sólo las consecuencias del suceso (impresión o experiencia), sino el suceso mismo. Esta técnica la hallamos en los síntomas de dos tiempos, en los que un segundo acto deshace el primero, como si éste no hubiera sucedido; esto es visto en la renunciación a la sexualidad, o en la realización de actividades altruistas que manifiestan los pacientes. Las tendencias a deshacer lo sucedido, dentro de lo normal, encuentra su mitigado reflejo en la decisión de considerar algo como "no sucedido"; pero en este caso lo que hacemos es prescindir por completo del suceso de que se trate y de sus consecuencias, sin emprender nada contra

Él ni ocuparnos de él para nada.

La segunda de las técnicas es el aislamiento, el cual consiste en que después de un suceso desagradable o de un acto impropio (p. e. haberse infectado a través de relaciones promiscuas), es interpolada una pausa, en la que nada debe suceder, no efectuándose durante ella la percepción alguna ni ejecutándose acto de ningún género. El suceso no es olvidado; pero si despojado de su afecto y suprimidas o interrumpidas sus relaciones asociativas, quedando así aislado y no siendo tampoco reproducido en el curso del pensamiento corriente. Los elementos que así quedan separados son precisamente aquellos que debían unirse por asociación.

El síntoma se presenta también como una inhibición, siendo un signo y un sustitutivo de una expectativa de satisfacción de un instinto, un resultado del proceso de la represión. Por lo que el síntoma surge también del impulso instintivo obstruido por la represión. Cuando con tal intervención -auxiliadora de la señal de displacer logra el yo su propósito de subyugar totalmente el impulso instintivo: generalmente el impulso instintivo ha encontrado a pesar de la represión un sustitutivo, si bien muy disminuido, -desplazado e inhibido, siendo imposible reconocer tal sustitutivo como una satisfacción del instinto objeto de la represión. Su realización no produce tampoco placer ninguno, y en cambio, toma un carácter compulsivo. En la represión labora el yo bajo la influencia de la realidad exterior y excluye por tanto, el éxito del proceso sustitutivo sobre esta realidad.

Esta angustia acompaña al paciente durante largos períodos, desde que recibe la noticia de haber resultado seropositivo, incluso llega a manifestar síntomas inherentes a una crisis aguda de angustia, la cual es una tempestad de todo el organismo, porque la unidad psicosomática está profundamente trastornada, a veces momentáneamente comprometida, en una especie de lucha anárquica por la conservación.

Los estados más graves conducen a una disolución más o menos profunda de

la conciencia y la mayoría da lugar a múltiples manifestaciones somáticas. Los grandes estados de angustia evolucionan en algunas horas, o en algunos días, unas veces hacia la resolución otras dejando algunas secuelas pasajeras.

Pero también puede ocurrir- aunque mucho más raramente - que den lugar a complicaciones. (Ey Henry et al 1980).

Cárdenas A.(1989) en su trabajo con pacientes con SIDA, considera que un aspecto importante es el manejo de pacientes con ansiedad creciente y miedo a adquirir SIDA. Estas personas deben ser enviadas a ayuda psicológica.

Otros aspectos importantes en la investigación de la epidemia de SIDA son las alteraciones psicológicas familiares:

Los familiares van a presentar en términos generales las siguientes alteraciones:

1. Temor sobre la posible muerte del ser querido, angustia, choque e impotencia.
2. Temores exagerados y desproporcionados de infectarse.
3. Malestar, vergüenza y coraje hacia el enfermo; por su orientación y costumbres sexuales.
4. En el caso de que el paciente sea homosexual, temores exagerados y desproporcionados de que el paciente "contagie" su homosexualidad a los familiares, especialmente a los niños, a veces incluso impidiendo el acercamiento de éstos al enfermo.

5. Sentimientos de culpa por la orientación y el estilo de vida sexual del familiar que lo ha llevado a esta enfermedad.

También ha estudiado las alteraciones psicológicas en parejas de pacientes con SIDA, las cuales son:

1. Temor sobre la posible muerte del ser querido, angustia, choque e impotencia.
2. Temor de infectarse, que origina ansiedad, depresión y preocupaciones obsesivas.
3. Disminución de la función sexual, en especial pérdida de la libido y de la posibilidad de sexo en el futuro.
4. Culpa sobre la posibilidad de haber infectado al compañero y a otros.
5. Incertidumbre sobre lo que hay que hacer a continuación; conflicto - entre evitar la infección y el amor a la pareja; culpa por este conflicto.
6. Incertidumbre sobre lo que hay que hacer para ayudar a la pareja.
7. Ansiedad y depresión clínica.

A partir de estos estudios se ha podido determinar una serie de rasgos de los pacientes del continuo VIH-SIDA.

**CARACTERISTICAS DE PORTADORES ASINTOMATICOS Y SINTOMATICOS**

1. Ansiedad por la idea de presentar en el futuro el cuadro clínico del SIDA.
2. Depresión por la percepción de lo inevitable de la infección, el desarrollo del síndrome completo o ambos.
3. Obsesión patológica sobre la enfermedad con evitaciones y búsqueda de síntomas.
4. Culpa de ser homosexual y resurrección de las culpas "pasadas".
5. Alteración social, familiar, laboral y stress.

**ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LOS PACIENTES CON SIDA:**

1. Choque por el diagnóstico y afrontar la posible muerte.
2. Sentimiento de impotencia para cambiar las circunstancias y la consiguiente frustración y enojo.
3. Disminución de las funciones físicas por declinación de la salud.
4. Ansiedad sobre las reacciones de otros, con el consiguiente aislamiento y pérdida del apoyo social.
5. Disminución de las funciones del razonamiento por ansiedad, depresión, preocupaciones obsesivas y posible deterioro intelectual.
6. Menor función sexual, pérdida de la libido y disfunción eréctil.

7. Temor de infectar a otros, en particular a seres queridos y haberse contagiado de ellos.
8. Preocupación sobre el ser querido y cómo puede afrontarlo.
9. Temor de ser abandonado y morir solo.
10. Miedo a morir con dolor y molestias.
11. Perturbación social, casera y laboral.

Al mismo tiempo el trabajo clínico-psicológico ha permitido intuir las necesidades psicológicas del paciente presentadas en la Ponencia de la Psic. Luisa Rossi, en el Simposium SIDA (1990), que finalmente no difieren tanto de aquellos que acuden al tratamiento con síntomas distónicos al yo y cuya demanda principal es conocer entre otras cosas el porque de su situación afectiva, laboral, etc., en este mismo sentido, el paciente infectado acepta la ayuda terapéutica de entrada, por una necesidad imperiosa de conocer el porqué de su infección, de sus relaciones afectivas, sus relaciones de objeto y un sin fin de cuestionamientos que habían permanecido latentes o reprimidos hasta el momento de saberse portadores del VIH, por lo tanto la presencia del VIH, viene a ser el desafío del mundo externo, que plantea la necesidad de solicitar esa ayuda terapéutica. Todos tenemos la tendencia a negar lo inevitable de la muerte porque el ser humano sólo se desarrolla y funciona en sociedad reprimiendo este postulado real. Si esa represión adaptativa y psicológica se rompe y llega a la conciencia, nos enfrenta a desafíos que pueden implicar un empobrecimiento yoico, una baja de autoestima, manejo inadecuado de los impulsos instintivos (tanto libidinales como agresivos), fantasías persecutorias, cambios en el esquema corporal, obviamente fantasías de fin de mundo y un florecimiento de la patología predominante instaurada en los primeros años de vida según la teoría psicodinámica.



En términos generales Rossi ha planteado que dentro de las necesidades psicológicas del paciente infectado de VIH, se deben tratar directamente con él los siguientes puntos durante las entrevistas:

1. Necesidad de información. Entre más información clara y consciente tenga una persona sobre su padecimiento y estado de salud, mayor posibilidad de manejar la angustia, disminuyendo así el temor a lo desconocido.
2. Necesidad de servicios concretos. Es importante que los pacientes conozcan perfectamente cuáles son los servicios médicos, psicológicos, de laboratorio, etc., a los que tienen acceso y necesitan.
3. Abuso de drogas. Es común encontrar pacientes que al saberse infectados recurren a adicciones como el alcoholismo o alguna droga que disminuya la ansiedad, etc., evitando así hacerse conciente y prolongado el período de negación.
4. Complicaciones neuropsiquiátricas. Suelen aparecer en estados avanzados de la enfermedad, se caracterizan por pérdida de memoria, confusión, desorientación, síntomas depresivos, cambios conductuales, etc., se recomienda intervención psiquiátrica en estos casos.
5. Necesidades especiales de comunicación. Todos presentan la necesidad de intercambiar algunas experiencias comunes, esta necesidad disminuye cuando se encuentran en tratamiento terapéutico, es recomendable que el proceso de elaboración, se lleve a cabo con amigos, familiares, pareja, etc.
6. Búsqueda de esperanza. El paciente demandará desde el principio información, referencias bibliográficas, alternativas médicas, de salud mental, opciones en el cuidado de su salud que le proporcionen una esperanza de vida. La búsqueda de esta esperanza, los nuevos descubrimientos y las actividades positivas serán el cambio para desarrollar estilos de vida más sanos.

- 7) **Manejo del sentimiento de "desgracia".** Algunos pacientes solicitan ayuda terapéutica, cuando el sentimiento de desgracia invade las funciones vitales, este sentimiento suele aparecer también en pacientes diagnosticados con cáncer y es cuando las etapas de negación, cólera, de presión y aceptación aparecen con mayor claridad; muchos pacientes describen estos sentimientos como: cambios emocionales repentinos, fluctuaciones del humor, desesperanzas, cambios en la conducta sexual prevaleciendo la abstinencia, cambio de patrones de conducta en el trabajo, pérdida de autoestima.
- 8) **Manejo de período de crisis.** Los pacientes infectados necesitan asistencia psicológica en períodos particulares de crisis, que pueden aparecer en el transcurso de la enfermedad, en ocasiones aparece una clara regresión al posible inicio de la infección (ya sea real o fantaseada) a un síntoma en particular o infección que se ha presentado, haciéndose patente el miedo a morir así como fantasías.
- 9) **Pérdida de estatus.** Como resultado de los cambios fisiológicos y psicológicos ocurridos durante la enfermedad, los pacientes experimentan una pérdida de estatus, con el tiempo van perdiendo habilidades en el trabajo, los períodos de ausencia empiezan a ser más notorios, las metas planteadas se van truncando, e infinidad de fantasías dejan paulatinamente de realizarse, los cambios drásticos de estilos de vida, las limitaciones en las funciones corporales, la fatiga crónica, debilidad, etc., traen como resultado aislamiento, fastidio, depresión; aquí es necesario no sólo el soporte psicológico, sino el de amigos y familiares para aminorar este sentimiento de pérdida de estatus.
- 10) **Apoyo social.** El apoyo social aminora en gran medida los estados depresivos, por lo que es de vital importancia contar con un sistema social de aceptación consciente de la enfermedad, favorecer el mantenimiento de una pareja estable y un grupo social adecuado (Batchelor W. F. 1984; Dilley J. W. et al 1989).

## 2.2 MUERTE.

*"...lucha tanto cuanto puedas; resignate si la lucha fué en vano: quizá va a ser vir a otros, va a incitar a otros a la lucha por la vida"*

*Igor Caruao*

León S. Pérez (1965) postula que nacimiento y muerte, son dos actos fundamentales, no elegidos por el sujeto mismo, signan la existencia humana. Ambos son términos que escapan al ejercicio de la libertad del hombre. No elegimos nacer, no elegimos morir. Entre tanto, uno y otro hecho son comienzo y término de un proceso cuyo sentido proviene sólo de nosotros mismos y se eleva o cae a lo largo del tiempo de nuestra vida, y en el paciente de SIDA este es un acontecimiento que se vislumbra más cercano, ya que todos tienen un pronóstico de muerte.

La muerte "ejerce" una acción profunda en la vida en cuanto que está omnipresente en ella, y en mayor grado cuando no se toma conciencia de sí misma.

A nosotros nos es muy difícil hablar de la muerte, principalmente por dos razones. Una de ellas es de carácter Psicológico y Cultural: es un tema tabú (por ahora el más poderoso e intocable). Tenemos la sensación, quizá solo subconscientemente, de que cualquier forma de contacto con la muerte, por muy indirecta que sea, nos enfrenta con la perspectiva de la nuestra, la hace más cercana y real (Moody, A.R. 1982).

Así mismo hablar de muerte puede considerarse, a nivel psicológico, como otra forma de aproximación indirecta. Sin duda mucha gente siente que hablar de ella equivale a evocarla mentalmente, a acercarla de tal forma que haya que enfrentarse a la inevitabilidad del propio fallecimiento. Por tanto, para ahorrarnos el "trauma psicológico", decidimos evitar el tema siempre que nos sea posible, relegándolo a lo inconsciente, donde todos estamos convencidos de nuestra inmortalidad (Freud, S., "Consideraciones sobre

la guerra y la muerte" 1915).

La variabilidad de las conductas ante la muerte depende del contexto cultural y por lo tanto la "ansiedad tanatofóbica" varía en diferentes niveles de acuerdo a los pueblos. Produciendo un complejo de muerte resultado de presiones culturales y en Occidente, a raíz del predominio de las ideas judeo-cristianas, la ansiedad frente a la muerte, la tanatofobia, alcanza el nivel más alto en comparación con otras culturas.

En las condiciones de nuestra cultura las teorías religiosas y metafísicas que proponen una continuación de la existencia luego de la muerte no son sino psicodinamismos u operaciones de seguridad colectiva para reprimir o frenar el aspecto destructor de la angustia de muerte y al mismo tiempo para permitir eliminar un término último e incluirlo en un contexto más amplio expresado por la secuencia vida-muerte-postmortem.

La situación no puede cambiar sin la modificación de los marcos de valores de la cultura. Incluir a la muerte en la vida, como un fenómeno último y natural, parece estar, todavía, más allá de nuestras fuerzas. Aún cuando no para siempre, en efecto, una vida larga puede hacer una muerte menos dolorosa, una vida segura puede hacerla más aceptable; una muerte interrumpida de la vida, por obra del azar, desprovee a la actividad humana de sentido, la reduce al absurdo de la niega.

El carácter absurdo de la muerte impide considerarle como un fenómeno vital en el mismo sentido que los otros fenómenos de la misma. El hecho de no ser libre para la elección de mi muerte, limita de una manera última la posibilidad de asemejarlo a cualquier otro fenómeno de la vida.

Otro de los dinamismos u operaciones de seguridad colectiva contra la tanatofobia es menos amplio y más racional. La muerte es paliada en sus efectos por la continuidad de la especie (dar hijos) o bien por la continuidad de la cultura (crear obras). Se comprende que este segundo proceso sea más limitado por cuanto dar hijos y crear obras son incluidos justamente en el

proyecto de futuro que la muerte puede interrumpir.

La ideología científica, por su parte, ofrece permanentemente una postergación real del plazo de muerte en el nivel promedio. Pero de todas formas se trata de un aplazamiento de lo inevitable y no de la inmortalidad.

Los dinanismos defensivos individuales se desarrollan según la experiencia vital de cada sujeto y según el contexto de sus primeros actos de existencia en el grupo familiar (Pérez S. León 1965).

La segunda razón de la dificultad de discutir la muerte puede considerarse más complicada y se relaciona con la naturaleza del lenguaje.

En su mayor parte, las palabras del lenguaje humano aluden a las cosas que hemos experimentado con nuestros sentidos físicos. Sin embargo la muerte es algo que recae más allá de la experiencia consciente de la gran mayoría de nosotros, pues nunca hemos pasado por ella.

Lo que a menudo terminamos haciendo es utilizar analogías eufemísticas, - comparada con cosas más agradables de nuestra experiencia, con cosas que nos son más familiares.

Quizá la analogía más común sea la comparación entre la muerte y sueño. Morir, nos decimos, es como dormirse.

Otros prefieren una analogía diferente, aunque de algún modo relacionada. El morir dicen, es como olvidar. Al morir se olvidan todas las aflicciones, se borran todos los recuerdos dolorosos.

La muerte es la aniquilación, para siempre, de la experiencia consciente. Entonces, la muerte no tiene ninguno de los rasgos agradables del sueño y el olvido. Dormir es una experiencia positiva y agradable porque va seguida del despertar. De igual modo, la aniquilación de toda experiencia con consciente no implica sólo la desaparición de los recuerdos desgraciados, sino también la de los felices. En consecuencia, ninguna analogía nos proporciona realmente alivio o esperanza frente a la muerte.

La muerte es un fenómeno central con la característica de ser el último e

irreversible de los otros fenómenos de la vida, es decir, "ya nunca" se - puede repetir la jugada.

La no recuperabilidad de la existencia, la pérdida del tiempo de la vida, el desuso del talento, los prejuicios evitables, constituyen lo trágico de la vida humana, su muerte sin dignidad (Moody A. R. 1982).

Generalmente el pronóstico de muerte se discute con otros menos con el paciente quien es el primer afectado. Esto no sucede con el paciente con SIDA ya que frecuentemente sabe más de su pronóstico de lo que suponemos, y por la falta de comunicación médico-familia-paciente, se siente aislado y solo en su realidad (Robles de Fabre T., et al 1982).

Este sentimiento de aislamiento y soledad es acrecentado por el miedo a la muerte que es un miedo básico y probablemente el más profundo y grave de los miedos en el hombre. Por otra parte requiere una defensa psíquica permanente a lo largo de toda la existencia para ser controlado y reprimido, o rechazado. El miedo a la muerte está directamente integrado con el miedo a la destrucción orgánica, se teme ante todo, por la integridad del yo corporal (ya que el cuerpo, en nuestra cultura, es la única manera de estar - vivo) y sólo subsidiariamente por la integridad anímica. La amenaza al yo corporal, que significa dolor, sufrimiento o muerte, es vivida como la amenaza de destrucción total, y es para conjurar lo inevitable de este porvenir de la materia viva que se elaboran infinitas teorías de rechazo de la destrucción.

En el ser humano esta amenaza es más conflictiva que en el animal. En el hombre la muerte es un miedo, una fantasía, un sentimiento, una teoría y una comprensión racional. Funciona, por lo tanto, como una estructura compleja con elementos primarios y con elaboraciones posteriores, que lo acompañan toda la vida y que se desarrollan evolutivamente con ella.

En las primeras etapas de la infancia la muerte es una amenaza exterior y misteriosa, pero luego se transforma en una realidad interior, sentida comprendida y negada, que es rechazada constantemente del plano de la con

ciencia cada vez que emerge en él. La persecución ahora interior, tiene el doble carácter de la amenaza externa probable (accidente, muerte, agresión, enfermedad, etc.) y de la amenaza interna, la inevitabilidad de la destrucción final.

Toda vida consciente se desarrolla sobre el rechazo habitual y normal del complejo de muerte. Sin ello sería imposible plantearse la continuidad - aceptable de la existencia humana (Pérez S. León 1965).

Pero si la posibilidad del deceso es causada por una enfermedad mortal - (como el SIDA), la sacudida es más prolongada y destructora (Kübler Ross E. 1985).

Sudnow D. (1967) plantea además una "muerte social" la que se define como el momento en el cual las propiedades sociales más importantes del paciente comienzan a cesar de ser condiciones operativas para aquellos que les tratan, y cuando el paciente es esencialmente considerado muerto.

Se ha observado que los familiares de los pacientes con SIDA tienden a sobrecompensar el estado del mismo con una serie de actitudes (positivas y/o negativas), que generalmente no mostraban cuando el paciente estaba sano; muchas de estas son de tipo material, lo que les genera sentimientos de culpa y/o impresiones negativas sobre su propia valía, contribuyendo en algunas ocasiones a que la etapa de duelo se prolongue. Debido a que la culpa en los pacientes "que se sienten o están" moribundos es un elemento presente en el sentido de admitir la enfermedad como algo derivado de sus propios actos que fomenta un comportamiento de "niños dependientes" y esto también acarrea culpabilidad por los cuidados a que obligan a los otros. Las actitudes negativas expresadas por los familiares pueden estar motivadas por la vivencia del proceso insidioso del VIH-SIDA; y el rechazo del contacto con estas personas constituyen respuestas defensivas por evasión frente a la ansiedad que los refieren a la muerte.

Se comprueba por tanto que la muerte no puede ser considerada un fenómeno puramente biológico que ocasiona la supresión de la vida. Existe una nece-

sidad de enfrentar la muerte y una necesidad de apartarse de ella - (Kübler Ross E. 1985).

No debemos olvidar que el paciente de VIH-SIDA no solamente se enfrenta a este miedo básico a la muerte, sino también a la limitación de la actividad sexual lo que incrementa en general la angustia vital, factores que perturban la capacidad individual de goce, suprimen la disposición individual a arrostrar la muerte por consecuencia de un fin y excluyen al paciente o al grupo de que se trate de toda participación en el porvenir (Freud S., "La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna" 1908).



## 2.3 ASPECTOS PSICOSOCIALES INHERENTES AL SIDA.

*"... Yo creo que no existe el amor,  
existe el interés o la ilusión ..."*

*Guadalupe Zavala F.*

### 2.3.1 PROMISCUIDAD.

La O.M.S. ha identificado como factor de riesgo a la promiscuidad, y sobre él se ha puesto una particular atención tratando de cambiar la conducta sexual, teniendo que ir de una poligamia a una monogamia, situación nada fácil de reconvertir porque si bien es cierto que no vivimos en una sociedad totalmente liberal, también es cierto que existen bases psicogénicas y en ocasiones psicopatológicas que no nos permiten lograr éste cambio, es decir hay que luchar contra uno mismo, contra nuestra libido, tabués e impulsos, erotismo y tipo de personalidad.

Esto tiene relación directa con lo que Freud postula en "Introducción al narcisismo" (1914) en lo que se refiere a la elección de objeto que está dada por: las primeras satisfacciones sexuales autoeróticas que son vividas en relación con funciones vitales destinadas a la conservación. Los - instintos sexuales se apoyan al principio en la satisfacción de los instintos del yo, y sólo ulteriormente se hacen independientes de estos últimos. Pero esta relación se muestra también en el hecho de que las personas a - las que ha estado encomendada la alimentación, el cuidado y la protección del niño son sus primeros objetos sexuales, o sea, en primer lugar la madre o sus subrogados.

Uno de los aspectos que pueden propiciar la promiscuidad de acuerdo a Freud ("Sobre un tipo especial de la elección de objeto en el hombre" 1910) es la elección del objeto erótico, hacia el cual pueden estar dirigidas las siguientes condiciones:

Primera, el "perjuicio del tercero", que consiste en que el sujeto no elegirá jamás como objeto amoroso a una mujer que se halle aún libre; esto es, a una muchaha soltera o a una mujer independiente de todo lazo amoroso. Su elección recaerá, invariablemente, en alguna mujer sobre la cual pueda ya hacer valer un derecho de propiedad otro hombre; marido, novio o amante.

Esta condición muestra a veces tal inflexibilidad, que una mujer indiferente al sujeto, o hasta despreciada por él mismo mientras permaneció libre, pasa a constituirse en objeto de su amor en cuanto entable relaciones amorosas con otro hombre.

La segunda condición consiste en que la mujer casta e intachable no ejerce nunca sobre el sujeto aquella atracción que podría constituirla en objeto amoroso, quedando reservado tal privilegio a aquellas sexualmente "sospechosas", cuya pureza y fidelidad pueden ponerse en duda. Dentro de este carácter cabe toda una serie de matices. Esta condición se le puede llamar del "amor a la prostituta". El que desarrolla su plena potencia con objetos sexuales degradados, reservando para el objeto incestuoso y sus subrogados la supervaloración que normalmente comprende al objeto sexual. De aquí su necesidad de un objeto sexual rebajado, de una mujer éticamente inferior, en la que no puede suponer repugnancias estéticas y que ni conozca las demás circunstancias de su vida ni pueda juzgarla. Dada tal degradación del objeto su sexualidad puede ya exteriorizarse libremente, desarrollar un importante rendimiento y alcanzar intenso placer.

La primera condición facilita la satisfacción de impulsos rivales y hostiles contra el hombre a quien se roba la mujer amada. La segunda, que exige la liviandad de la mujer, provoca los celos, que parecen constituir una necesidad para los amantes de este tipo. Sólo cuando pueden arder en celos alcanza su amor máxima intensidad y adquiere para ellos la mujer su pleno valor, por lo cual no dejarán nunca de aprovechar toda posible ocasión de vivir tan intensas sensaciones. Mas para mayor singularidad, no es el po -

seedor legal de la mujer amada quien provoca celos, sino otras distintas - personas, cuyo trato con el objeto de su amor pueda inspirarles alguna sopecha. En los casos extremos el sujeto no muestra ningún deseo de ser el único dueño de la mujer y parece encontrarse muy a gusto en el "ménage à - trois".

Respecto a la conducta del amante para con él mismo se observa que en la vida erótica normal, el valor de la mujer es determinado por su integridad sexual y disminuye en razón directa de su acercamiento a la prostitución. Parece, pues, una singular anomalía que los amantes de este tipo consideren como objetos eróticos valiosísimos precisamente aquellas mujeres cuya conducta sexual es por lo menos dudosa. En sus relaciones con mujeres de este orden ponen estos sujetos todas sus energías psíquicas desinteresándose por completo de cuanto no se refiere a su amor. Son para ellos las únicas mujeres a quienes se puede amar, y en cada una de sus pasiones de esta clase se juran observar una absoluta fidelidad al objeto amado, aun que luego no cumplan tan apasionado propósito. Estos caracteres de las relaciones amorosas descritas muestran un carácter obsesivo.

En la vida de los individuos pertenecientes a este tipo se repiten tales enamoramientos con idénticas singularidades. Los objetos eróticos llegan incluso a constituir una larga serie, cayendo en la promiscuidad, sustituyéndose unos a otros.

Uno de los caracteres más singulares de este tipo de amante es su tendencia a salvar a la mujer elegida. El sujeto tiene la convicción de ser necesario a su amada, que sin él perdería todo apoyo moral y descendería rápidamente a un nivel lamentable. La salva pues, no abandonándola pase lo que pase. La intención redentora puede hallarse justificada algunas veces, por la ligereza sexual de la mujer y por la amenaza que pesa sobre su posición social, pero surge igualmente y con la misma intensidad en aquellos casos en los que no se dan tales circunstancias reales.

Encontramos en la situación descrita, falta de libertad y ligereza sexual de la amada, su alta valoración, la necesidad de sentir celos, la fidelidad, compatible con la sustitución de un objeto por otro en una larga se -

rie, y por último la intención redentora, no teniendo su origen todo, en una sola fuente. Y sin embargo, la investigación psicoanalítica nos demuestra una sola fuente: Su elección de objeto, tan singularmente determinada, y su extraña conducta amorosa tiene el mismo origen psíquico que la vida erótica del individuo normal. Se derivan de la fijación infantil del cariño a la persona de la madre y constituyen uno de los desenlaces de tal fijación, aquí la libido ha continuado aún ligada a la madre después de la pubertad, y durante tanto tiempo que los caracteres maternos permanecen impresos en los objetos eróticos ulteriormente elegidos, los cuales resultan así subrogados maternos fácilmente reconocibles.

Con respecto a la primera condición, la de la dependencia previa de la mujer o del "tercero perjudicado". Es evidente que para el niño criado en familia la pertenencia de la madre al padre, constituye un atributo esencial de la figura materna. Así, pues, el "tercero perjudicado" no es sino el padre mismo. Tampoco resulta difícil integrar en la constelación materna la exagerada valoración que lleva a considerar al sujeto como insustituible el objeto de cada uno de sus amores; nadie ha tenido más de una madre, y nuestra relación con ella se basa en un hecho indubitable y que no puede repetirse.

Si los objetos eróticos han de ser subrogados de la figura materna, nos explicaremos su repetida sustitución en serie; tan incompatible con el firme propósito de fidelidad, característico de estos sujetos. Los elementos que actúan en lo inconsciente como algo insustituible suelen exteriorizar su actividad provocando la formación de series inacabables, puesto que ninguno de los subrogados proporciona la satisfacción anhelada.

En la segunda condición, la de la liviandad del objeto elegido, el pensamiento consciente del individuo ve en la madre una personalidad de intachable pureza moral, y nada hay tan ofensivo cuando llega del exterior, o tan doloroso cuando surge en la conciencia íntima, como una duda sobre esta cualidad de la madre. Pero precisamente la antítesis entre la "madre" y la "prostituta" suelen confundirse en un solo elemento que la conciencia nos

ofrece antitéticamente disociados. Esto se presenta cuando el infantil sujeto se inicia en el secreto de la vida sexual, y la aplicación de tales revelaciones a la vida de sus propios padres, relacionandolo con la existencia de mujeres que realizan profesionalmente el acto sexual, siendo por ello despreciadas, esto llega a establecer que la diferencia entre la madre y la prostituta, no es tan grande, puesto que realizan el mismo acto. Estas revelaciones sexuales despiertan deseos infantiles tempranos, y comienza a desear a la madre, y a odiar de nuevo al padre, como a un rival que estorba el cumplimiento de tal deseo. El sujeto queda dominado por el Complejo de Edipo.

El hecho de que la madre haya otorgado al padre el favor sexual le parece constituir algo como una imperdonable infidelidad. Cuando estos impulsos no se desvanecen rápidamente, su único desenlace posible es el de agotarse en fantasías que giran alrededor de la actividad sexual de la madre, y la tensión provocada por tales fantasías induce al sujeto a buscar su descarga en el onanismo.

A causa de la constante actuación conjunta de los dos motivos impulsores, el deseo y la venganza, predominan las fantasías cuyo argumento es la infidelidad conyugal de la madre. El amante con quien la madre comete tales infidelidades presenta casi siempre los rasgos del propio yo del niño, pero idealizado y situado en la edad del padre rival. Por esto, la liviandad exigida del objeto como requisito de su elección se deriva también del complejo materno. Dando por resultado la fijación del sujeto a las fantasías de su pubertad, las cuales logran hallar más tarde un acceso a la vida - real; el onanismo practicado durante los años de la pubertad contribuye también a la fijación de tales fantasías.

La tendencia a "redimir" a la mujer querida se enlaza de un modo indirecto y superficial, de carácter consciente, con las fantasías, que han llegado a conquistar el dominio de la vida erótica real.

El estudio de los recuerdos encubridores, las fantasías y los sueños descubren una "racionalización" de un motivo inconsciente. El "motivo de la redención" es una ramificación independiente del complejo materno, o del complejo parental.

Cuando el niño oye decir que debe su vida a sus padres o que su madre le ha dado la vida, surgen en él impulsos cariñosos unidos a estados antagónicos de afirmación personal independiente, que dan origen al deseo de corresponder a sus padres con un don análogo. Pagando así con ello la deuda contraída. Sucede como si el sujeto dijera, movido por un sentimiento de rebeldía: "No necesito nada de mi padre y quiero devolverle todo lo que le he costado" Bajo el dominio de estos sentimientos, construye entonces la fantasía de "salvar a su padre de un peligro de muerte", quedando así en paz con él. Tal fantasía suele ser desplazada a una elevada personalidad, quedando así consciente e incluso para ser utilizada en la creación.

Cuando la fantasía de salvación es aplicada al padre predomina su sentido rebelde de independencia personal. Cuando se refiere a la madre toma, su sentido cariñoso. La madre ha dado la vida al niño y no es fácil corresponder a este don singular con otro equivalente.

Más por medio de un ligero cambio de sentido, la salvación de la madre adquiere el sentido de regalarla o hacerle un niño en todo semejante a uno mismo. El hijo muestra su agradecimiento deseando tener de su madre un hijo igual a él, lo que equivale a identificarse totalmente con el padre en la fantasía de salvación. Este deseo del sujeto de ser su propio padre satisface todos sus instintos: los cariñosos, los de gratitud, los sensuales y los rebeldes. Así pues la tendencia de salvar a la mujer amada constituye un rasgo esencial del tipo erótico.

También las mujeres aparecen sometidas en nuestro mundo civilizado a consecuencias análogas, no siendo posible disociar las ideas de actividad sensual y prohibición, ésta última análoga a la necesidad de un objeto sexual degradado en el hombre.

En la naturaleza misma del instinto sexual existe algo desfavorable a la emergencia de una plena satisfacción. Destacándose dos factores:

En primer lugar, a consecuencia del desdoblamiento de la elección de objeto y de la creación intermedia de la barrera contra el incesto, el objeto

definitivo del instinto sexual no es nunca el primitivo, sino tan sólo un subrogado suyo.

Cuando el objeto primitivo da un impulso optativo sucumbe a la represión es reemplazado, en muchos casos por una serie interminable de objetos sustitutos, ninguno de los cuales satisfacen por completo, (inconstancia en la elección de objeto).

Y segundo la "pervivencia" de los impulsos no utilizados, se manifiesta en una disminución de la satisfacción buscada en la actividad sexual. (Freud, S., "Sobre una degradación general de la vida erótica" 1912).

Junto a este tipo de la elección de objeto, al que podemos dar el nombre de tipo de apoyo (o anaclítico), la investigación psicoanalítica nos ha descubierto un segundo tipo. Hemos comprobado que muchas personas, y especialmente aquellas en las cuales el desarrollo de la libido ha sufrido alguna perturbación (p. ej. los perversos y los homosexuales), no eligen su ulterior objeto erótico conforme a la imagen de la madre, sino conforme a la de su propia persona. Demuestran buscarse a sí mismos como objeto erótico, realizando así su elección de objeto conforme a un tipo que podemos llamar "narcisista".

Pero de este descubrimiento no hemos concluido que los hombres se dividan en dos grupos, según realicen su elección de objeto, conforme al tipo de apoyo o al tipo narcisista, sino que hemos preferido suponer que el individuo encuentra abiertos ante sí dos caminos distintos para la elección de objeto, pudiendo preferir uno de los dos.

Decimos por tanto, que el individuo tiene dos objetos sexuales primitivos: él mismo y la mujer nutriz, y presuponemos así el narcisismo primario de todo ser humano, que eventualmente se manifestará, de manera destacada en su elección de objeto.

Gran parte de la insatisfacción del hombre enamorado, sus dudas sobre el amor de la pareja y sus lamentaciones sobre los enigmas de su carácter tienen sus raíces en esa incongruencia de los tipos de elección de objeto.

Los caminos de la elección de objeto son, se ama:

- Conforme al tipo narcisista:

- a) Lo que uno es (a sí mismo).
- b) Lo que uno fué.
- c) Lo que uno quiere ser.
- d) A la persona que fué una parte de uno mismo.

Conforme al tipo de apoyo (o anaclítico):

- a) A la mujer nutriz.
- b) Al hombre protector.
- c) Y a las personas sustitutivas que de cada una de estas dos parten en largas series.

Se ama a aquello que hemos sido y hemos dejado de ser o aquello que posee perfecciones de que carecemos. La fórmula correspondiente sería: es amado aquello que posee la perfección que le falta al yo para llegar al ideal. De este ideal del yo parte un importante cambio para la comprensión de la psicología colectiva. Este ideal tiene, además de su parte individual, su parte social: es también el ideal común de una familia, de una clase o de una nación. Este ideal puede no llegar a ser satisfecho promoviéndose así la promiscuidad (Freud, S., "Introducción al narcisismo" 1914).

Estas consideraciones nos revelan una fijación sexual parcializada (representada por la elección primaria, que constituye una regresión a un placer parcial), que tiene que ver con la elección de objeto amoroso y que como ya vimos determinan que el sujeto vaya de un objeto a otro sin completar - una relación objetal, porque es característico de su psicopatología, y va a contribuir a un síntoma: la promiscuidad, dando así la impresión de que



éste es un rasgo que no es posible cambiar sino con psicoterapia, y que pa  
ra cuando se logre este cambio quizá ya no sería tan relevante, porque con  
el acelerado ritmo de transmisión del VIH, probablemente el individuo ya -  
se hubiese infectado, por lo que consideramos más importante la educación  
sobre medidas más reales de prevención, que "divagar" en tratar de hacer -  
conciencia en la gente sobre el tener una sola pareja; debido a que como -  
ya se vió este es solo una pequeña aproximación a la explicación de la con  
ducta promiscua, pero tiene otros problemas de fondo no solo psicopatoló -  
gicos, sino sociales en los cuales no podríamos incidir, debido a que se -  
necesita del apoyo de un grupo multidisciplinario.

### 2.3.2 ESTIGMA Y PREJUICIO.

*"Los individuos con SIDA se enfrentan a dos batallas, una contra el virus y otra en contra de la estigmatización"*

*Walkins.*

No es difícil imaginar que un problema como el SIDA, que afecta cada día a un mayor número de personas y contra el que aún poco se puede hacer, - presente características psicosociales de particular importancia, sobre todo en lo que se refiere a la respuesta social que se ha generado para combatirlo.

Castro, Pérez R. (1988) considera que un primer rasgo psicosocial importante e interesante de esta enfermedad, es que el SIDA ha contribuido a politizar ( es decir, a hacer públicos ) aspectos que tradicionalmente se habían mantenido en el ámbito de lo privado, lo íntimo y lo personal: el contexto de la relación amorosa, homosexual, bisexual o heterosexual, que es una de las principales formas de transmisión de este mal, si bien no la única. La politización de aspectos que hasta hace poco se mantenían como asuntos privados queda de manifiesto, por ejemplo, con el carácter que asumen las medidas de salud pública implementadas en relación con el SIDA. Las diversas campañas oficiales tendientes a impulsar el llamado "sexo seguro", la distribución masiva de preservativos y el llamado a la población en general a que mantenga relaciones con pocas o, de preferencia, con una sola pareja sexual, son muestra de ello.

Se trata de medidas de salud pública publicitadas a través de prácticamente todos los medios de comunicación, destinadas a producir cambios sin precedentes en la conducta íntima de los individuos. El SIDA, pues, ha sacado a la plaza pública aspectos otrora muy personales.

La transmisión del SIDA, entonces, supone en buena medida la existencia de actos privados con consecuencias públicas y sociales. Las políticas sa-

nitarias orientadas a combatir la propagación de la enfermedad suponen, a la inversa actos públicos con impacto dentro de la esfera de lo privado. Pero las políticas de salud en torno al SIDA no son la única forma de respuesta social que ha generado esta enfermedad. Junto a aquellas, otras formas de respuesta social han aparecido. Una de ellas es la creciente --marginación de la que están siendo objeto lo enfermos de SIDA.

El SIDA es una enfermedad que, por un lado, refuerza algunos prejuicios --ya existentes de parte de los "normales" o sanos y, por otro, estigmatiza socialmente a sus víctimas.

De esta manera, simultáneamente al puente que tienden las medidas sanitarias y que vincula lo público con lo privado, parece abrirse un espacio --importante para que ciertos prejuicios y estigmas se acentúen. Así como posturas moralistas de culpabilidad en contra de los grupos más infectados.

El concepto de prejuicio puede ser definido como una aversión o actitud --hostil hacia una persona que pertenece a un grupo, y que se genera por la sola pertenencia de esa persona a dicho grupo, y por lo tanto se presume que comparte las cualidades objetables adscritas a éste.

Los dos elementos básicos de un prejuicio, entonces, son por una parte, --una actitud negativa hacia alguien, y, por otro lado, una creencia sobre--generalizada (y por lo tanto errónea) a propósito de ese alguien o del grupo al que pertenece.

Es propia del prejuicio su condición refractaria a las evidencias contra rias. Es decir, en el prejuicio no es la actitud negativa una consecuencia de una creencia determinada, sino que generalmente ocurre a la inversa; son las creencias las que se adaptan y se amoldan a la actitud negativa. En otras palabras, la racionalización es una cualidad distintiva del prejuicio: pueden cambiar las creencias, pero tienden a mantenerse las actitudes. No se actúa según se cree sino se cree según se actúa.

El caso de los enfermos de SIDA es ilustrativo. En un principio se pensó en ciertos círculos que se trataba de una enfermedad exclusiva de los homosexuales. Esto, aparentemente explicaba una acentuada aversión hacia ellos. Pero aunque las evidencias científicas muestran que es sólo un accidente que la enfermedad se haya difundido más entre los homosexuales y que el mayor crecimiento de la misma se dará en los próximos años entre los heterosexuales, la actitud de rechazo hacia los primeros y de condena hacia los enfermos de SIDA tiende a mantenerse y a reproducirse. No obstante tales evidencias, persiste la actitud de considerar a todo homosexual como una inminente víctima del SIDA y a todo enfermo de SIDA como un muy probable homosexual.

Castro Pérez R. (1988) ha distinguido cinco grados de prejuicio, dependiendo de su intensidad. Ya que el prejuicio es ante todo una actitud negativa, esta diferenciación por grados atiende básicamente a los tipos de actitudes que una persona o un grupo de personas puede adoptar.

El primer grado es la anti-locución o rechazo verbal. En el caso de los homosexuales y de los enfermos de SIDA, este grado de prejuicio aparece ampliamente generalizado en la población.

El segundo grado es el esquivamiento o la tendencia a evitar a una persona.

El tercer grado es la discriminación propiamente dicha, o la tendencia a excluir (del trabajo, de la escuela, de un lugar público, etc.) a ciertas personas.

Los siguientes dos grados de prejuicio están estrechamente vinculados con actitudes altamente agresivas y, por ende, son más peligrosos que los tres anteriores. En efecto el cuarto grado tiene que ver con el ataque fisico y el quinto con el exterminio de una persona o un grupo.

Como lo hemos señalado, el SIDA no sólo refuerza prejuicios sino que además estigmatiza a sus víctimas, coadyuvando a un aislamiento social y emocional ulterior: El estigma ha sido definido por Goffman (1986) como "un atributo de un individuo que produce en los demás, a modo de efecto, un amplio descrédito. El término estigma, entonces, hace referencia a un atributo profundamente desacreditador". El mismo autor ha distinguido tres tipos de estigmas:

Primero, los que tienen que ver con deformidades y enfermedades físicas.

Segundo, los que son percibidos como una falta de voluntad o como resultado de pasiones antinaturales o de creencias rígidas o falsas.

Un ejemplo de ello es la "homofobia" que desarrolla la gente a los homosexuales, la que puede tener un carácter de proyección; suponiendo que sustituye un peligro interior por un peligro exterior, tal sustitución tendría la ventaja de que el sujeto podría asegurarse contra el peligro exterior apelando a la fuga, a la agresión o evitando la percepción. En este caso el peligro que se elude es la tentación a ceder a sus deseos eróticos. (Freud, S., "Inhibición, síntoma y angustia" 1925).

Y tercero, los que se asocian a una raza, nación o religión, transmisibles por herencia y contaminadores por igual de todos los miembros de una familia.

El caso de los enfermos con SIDA es, en consecuencia, doblemente patético, pues son portadores de dos de las tres clases posibles de estigma: se les estigmatiza en cuanto enfermos y en cuanto homosexuales.

Al hablar de prejuicio y estigma, hacemos referencia a cuatro modalidades sociales diferentes: se puede ser un perjudicado, o se puede ser un estigmatizado, o se puede ser ambas o ninguna. Lo que importa enfatizar es la condición diferencial de ambos roles: mientras que los prejuicios se ejercen activamente en dirección a los otros, los estigmas se sufren pasiva -

mente, son impuestos por los otros.

El manejo del estigma (dice Goffman) es un rasgo cultural general de la sociedad, un proceso que se produce donde quiera que existan normas de identidad. El rol del normal y del estigmatizado son partes del mismo complejo. Por eso el normal y el estigmatizado no son personas sino, más bien, perspectivas.

Posiblemente las razones de la estigmatización de los enfermos de SIDA, y del cúmulo de prejuicios que existen en torno a esa enfermedad, guarden estrecha relación primero, con las características de la enfermedad; segundo, con las características de los grupos hasta ahora más afectados y tercero, con las características de los grupos perjudiciados.

En relación a las características de la enfermedad, puede señalarse en primer lugar que se trata de un fenómeno estrechamente asociado a lo sexual y ésta es una materia tradicionalmente "sensible" en nuestra cultura, aun cuando no se trate de enfermedades propiamente dichas.

En segundo lugar se trata de una enfermedad. En otras palabras, se trata de un fenómeno que además de ser sexual es mórbido: es una enfermedad de Transmisión sexual. Estas han estigmatizado a sus víctimas en los últimos siglos, porque se les asocia a una vida sexual desordenada, fuera del matrimonio y, por lo tanto, inmoral.

En tercer lugar, algunos autores opinan que entre nosotros existe una tendencia cultural a ver con rechazo los líquidos corporales (como la sangre, el sudor, la orina, la saliva y el semen) y a considerarlos como fuentes de contaminación. Esta tendencia podría estarse acentuando cuando se ha comprobado que por lo menos dos de esos fluidos (la sangre y el semen) - son efectivamente portadores del virus del SIDA.

Y en cuarto lugar, el SIDA es una enfermedad hasta ahora mortal. Posiblemente, ahí donde no es posible implementar una cura física ni médica, los grupos sociales, o parte de ellos, tienden a recurrir al último recurso disponible antes de abandonarse al carácter incontrolable del fenómeno y desarrollan así, una suerte de "terapia social". Esta estaría dada por las necesidades de localizar un "chivo expiatorio" y marginarlo socialmente, a efecto de sentir que con él se margina también a la enfermedad mis-

ma.

De esta manera había a quien culpar y se pudo argumentar que el SIDA era una enfermedad de las minorías anormales. En otras palabras, el SIDA fue interpretado como un castigo divino ante la disolución de las normas morales.

En relación con las características de los grupos hasta ahora más afectados por la enfermedad, podríamos aventurar que, en el caso de los homo - sexuales, se trata de un grupo más susceptible que otros de ser escogido como "chivo expiatorio", pues generalmente han contado con una baja estima social. Lo mismo podría decirse de aquellos que por consumir drogas intravenosas adquieren la enfermedad.

La segregación que sufren los enfermos de SIDA es una manifestación pú - blica de rechazo por actos que ocurrieron en privado. Al igual que las - políticas, estas manifestaciones contribuyen a politizar (a hacer públi - cos) aspectos tradicionalmente íntimos y personales. Pero a diferencia de ellas, no contribuyen a detener la propagación de la enfermedad sino que la favorecen, no permiten la identificación de posibles agentes de - contagio sino que la inhiben, y no contribuyen a la reintegración de los enfermos a la normalidad sino que a la marginación biológica de estos - últimos, añaden la social (Castro, Pérez, R. 1988).

Por lo que los individuos infectados por el VIH se enfrentan a dos bata - llas: la primera en contra del virus y la segunda en contra de la estig - matización. Se podría agregar a esta reflexión que lo que lleva a la muerte no es siempre el perder la batalla contra el virus, sino lastimo - samente el haber perdido la batalla contra la estigmatización social (Benítez, Bribiesca L. 1989). Lo que va contra el instinto gregario el - cual se afirma que es innato, y que determina la conducta social de los hombres e impulsa a cada individuo a las reuniones en comunidades más amplias (Freud, S., "Psicoanálisis y Teoría de la libido" 1916).

Desgraciadamente la epidemia ha afectado a todos, desde los inocentes

recién nacidos, hasta las familias de altos recursos socioeconómicos, pasan por artistas y deportistas de renombre. Aunque la sociedad no lo acepte totalmente, el SIDA está transformándose de la enfermedad de los otros, en la enfermedad de nosotros, es decir de todos. En otras palabras, para contraer el SIDA no importa quien eres, sino lo que haces. Todos estamos en riesgo de adquirirla según la conducta que adoptemos.

Una segunda reacción social ante el problema ha sido la cohesión entre las personas que pertenecen a grupos de alto riesgo de enfermar o que están enfermos (reacción que se da en tiempos de crisis porque los grupos victimados pueden percibirse como un "microgrupo cohesionado", y es posible que se presten ayuda y soporte emocional).

La solidaridad que ha nacido entre ellos es notable. Por ejemplo, los homosexuales se han agrupado y han acatado estrictas normas de conducta para controlar el problema. Entre las prostitutas ha sucedido algo semejante: exigen a sus clientes el uso de preservativos y están conscientes de los riesgos que implica su ocupación.

Después de estas consideraciones podemos afirmar que el SIDA es un excelente ejemplo de cómo una enfermedad afecta al hombre y a la sociedad en su totalidad biopsicosocial.

Para adoptar una conducta que prevenga una enfermedad se requiere la conciencia de que se es susceptible de padecer el problema que se desea prevenir. En el caso del SIDA esto es claro. Ya se dijo que no importa quien se es sino lo que se hace. Las personas que han conocido a un paciente con SIDA son las más conscientes de esa situación.

Sin embargo, para la mayor parte del público el SIDA es la enfermedad que no les puede dar a ellos ni a sus familias. Por lo que una meta importante es despertar la conciencia de que la enfermedad potencialmente afecta a todos (Cárdenas, Arroyo J. 1989).



*"Siglo veinte peste irradia  
de fantasmas vigilantes  
censurándote en la sombra;  
ciencia oscura, falsos jueces  
clavan cruces en los cuerpos  
de estos ángeles sin culpa  
plantan cardos en las alas  
de estos ángeles sin miedo,  
que arroje la primera piedra  
el que no tenga sangre por sus venas"*

(Estrofa de una melodía compuesta e interpretada por Mario Rivas, ya fallecido de SIDA).

Y aunque todavía prevalece en diversos medios la idea de que estas personas sólo tienen derecho a morir, preferentemente aislados y lejos de la "buena sociedad". Esto es inaceptable. La dignidad de los derechos humanos debe preservarse en todo lo que valen sus derechos.

Por lo que el Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), en conjunción con otras asociaciones civiles (1992) han propuesto los derechos de las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o que han desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), los cuales son:

1. La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, no debes sufrir discriminación de ningún tipo.
2. No estás obligado a someterte a la prueba de detección de anticuerpos

del VIH ni a declarar que vives con VIH o que has desarrollado SIDA.

Si de manera voluntaria decides someterte a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tienes derecho a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.

3. En ningún caso puedes ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o por haber desarrollado SIDA.
4. No podrá restringirse tu libre tránsito dentro del territorio nacional.
5. Si deseas contraer matrimonio no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.
6. Vivir con VIH o SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad.
7. Cuando solicites empleo, no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección del VIH.  
Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, esto no podrá ser motivo para que seas suspendido o despedido de tu empleo.
8. No se te puede privar del derecho a superarte mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.
9. Tienes derecho a asociarte libremente con otras personas o afiliarte a Instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
10. Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerte.

11. Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, tienes derecho a recibir información sobre tu padecimiento, sus consecuencias y tratamientos a los que puedas someterte.
12. Tienes derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar tu calidad y tiempo de vida.
13. Tienes derecho a una atención médica digna, y tu historial médico deberá manejarse en forma confidencial.
14. Tienes derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.

Dentro del Fundamento Constitucional el Artículo 1º establece: "En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece".

Cualquier violación a los derechos humanos aquí enunciados puede ser reportada a las diversas Instituciones que laboran en pro de las personas que viven con VIH - SIDA.

En la actualidad las pruebas psicológicas son instrumentos de investigación en psicología, psiquiatría y medicina psicosomática.

Su propósito es la obtención de normas o standards. El comportamiento de un ser humano siempre se relaciona a una situación determinada. Las situaciones relacionadas con un determinado tipo de comportamiento pueden variar en tal medida y presentar tal cantidad de parámetros, que se dificulta la comparación del comportamiento entre los sujetos que se desea investigar. Para eliminar esta dificultad se ha hecho el intento de utilizar el sistema de pruebas psicológicas en donde las situaciones prevalentes son más uniformes.

El test psicodiagnóstico de RORSCHACH es una prueba psicológica proyectiva - que nos permite medir a nivel formal y psicodinámico las proyecciones del sujeto, y diferenciar las proyecciones normales de las patológicas, estas proyecciones patológicas están cargadas de típicas características psicodinámicas, de acuerdo a la situación conflictiva del sujeto, y es aquí donde podemos y debemos hacer uso de las interpretaciones psicodinámicas.

El RORSCHACH tiene además la ventaja de cuantificar esas proyecciones a través de su conversión a una serie de determinantes, los que se plasman en fórmulas meticulosamente estandarizadas.

Y es precisamente el RORSCHACH el que mejor nos permite observar como el paciente es capaz de proyectar angustia, ansiedad, depresión, aislamiento, pobre autoestima, fantasía y otros rasgos de personalidad, que han sido reportados como características propias de los pacientes del continuo VIH-SIDA -- por Morin Stephen et al (1984), Martin J.L.(1984), Didier Seux (1984), Abrahams Dilley et al (1986), Gómez Alva A.(1987), Miller (1988), Cárdenas Arroyo J. (1989), Rossi Luisa (1989), Valencia A. (1989) y Ostrow G.D. et al --- (1990).

## CAPITULO III. METODO.

### 3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Debido al gran avance que ha tenido la epidemia de SIDA a nivel mundial se realizan estudios exhaustivos para conocer la historia natural de la misma, así como para encontrar una cura, pero el aspecto psicológico ha quedado relegado, impidiéndonos saber si existe patología reactiva a la noticia de saberse infectado o a la aparición de los síntomas y con base en esto poder --elaborar estrategias encaminadas a la intervención y rehabilitación de los enfermos del SIDA; así como identificar el tipo de psicoterapia más adecuada; para lo que es importante saber: ¿Cuál será la diferencia entre el perfil psicológico de los pacientes asintomáticos y sintomáticos infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?.

### 3.2 HIPOTESIS.

Ho.- No existen diferencias estadísticamente significativas entre el perfil psicológico de los pacientes asintomáticos y el perfil psicológico de los pacientes sintomáticos infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, en comparación con el perfil psicológico de los pacientes seronegativos al VIH.

Hi.- Si existen diferencias estadísticamente significativas entre el perfil psicológico de los pacientes asintomáticos y el perfil psicológico de los pacientes sintomáticos infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, en comparación con el perfil psicológico de los pacientes seronegativos al VIH.

## HIPOTESIS DE TRABAJO.

Si una persona se sabe seropositiva a la prueba del VIH (asintomática) tendrá un shock emocional que le producirá angustia, manía y agresión hacia los demás; pero si presenta sintomatología propia del VIH tendrá un shock emocional que le producirá depresión, ideas de muerte, aislamiento y pobre autoestima, en comparación con el perfil psicológico de los pacientes seronegativos.

### 3.3 TIPO DE INVESTIGACION.

La presente investigación es de campo, con carácter descriptivo y comparativo, debido a que se pretende establecer y describir el perfil de personalidad de los pacientes asintomáticos y sintomáticos infectados por el VIH.

### 3.4 VARIABLES.

- Personas seronegativas al VIH, sin daño neurológico.
- Personas seropositivas al VIH (asintomáticas) sin daño neurológico.
- Personas sintomáticas al VIH, sin daño neurológico.
- Shock emocional.
- Angustia.
- Manía.
- Agresión.
- Depresión.
- Ideas de muerte.
- Aislamiento.
- Pobre autoestima.

### 3.4.1. DEFINICION DE VARIABLES.

- Seronegativas .-** Se consideran seronegativas a las personas que se les haya practicado el examen de detección de antígenos/anticuerpos del VIH, con resultado negativo (García, G.-M.L.; Bravo, G.E.; et al 1988).
- Seropositividad.-** Se consideran seropositivas a las personas que se les haya practicado el examen de detección de antígenos/anticuerpos del VIH, con resultado positivo y que no presenten signos mayores de la infección, de acuerdo a los criterios de los Center for Disease Control (CDC), (García, G.M.L.; Bravo, G.E.; et al 1988).
- Sintomáticas .-** Se consideran sintomáticas a las personas que se les haya practicado el examen de detección de antígenos/anticuerpos del VIH con resultado positivo y que presenten al menos dos signos mayores de la infección, de acuerdo a los criterios de los Center for Disease Control (CDC), (García, G.M.L.; Bravo, G.E.; et al 1988).
- Shock emocional.-** Perturbación que sufre el sujeto ante el impacto de un suceso. Reacciones mal coordinadas y suscitadas por un súbito estímulo ante el cual no se había reaccionado anteriormente (Diccionario de psicología, F.C.E.)
- (Definición conceptual)**
- (Definición operacional)** Es el impacto que el sujeto percibe a situaciones nuevas o estresantes, es medido a través del RORSCHACH por el tiempo de reacción a la lámina No. I (TR LI), - la lámina H<sup>o</sup> V (TR LV), rechazos, signos de incapacidad (Signos inc.) y el porcentaje de las respuestas a las láminas VIII+IX+X (20% > VIII+IX+X) el cual debe ser mayor de 20% (Klopfer, B.; 1952).

Angustia.-  
(Definición  
conceptual)

Es el estado psíquico de incertidumbre e impotencia producido por un estímulo externo. Es una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta como amenazantes para su existencia organizada. Psicológicamente se caracteriza por un afecto de incertidumbre e impotencia ante una amenaza que no es percibida del todo o que lo es vaga e imprecisa (Diccionario de Psicología; F.C.E.; Ey, Henry; et al; 1980).

Fisiológicamente implica cambios bioquímicos y pautas fisiológicas en los que participan el sistema endócrino y el sistema nervioso autónomo.

(Definición  
operacional)

Es medido a través del RORSCHACH por respuestas como: nube, humo, fuego, explosiones, agua, sangre, (sa-ex-fu-ag-nu) es decir respuestas sin forma; shock al gris (TR - acrom shock), demostrado en tiempo de reacción a las láminas acromáticas, por respuestas Fk, kF, k, FK, KF, y K, por detalle externo (de), detalles internos (di), respuestas indiferenciadas en mayor cantidad que las respuestas diferenciadas (Indif > dif), respuestas con contenido Geom o Anat. F% entre 20 y 50, F+% menor de 85% (F+% < 85), (Klopfer, B.; 1952).

Manía .-  
(Definición  
conceptual)

Es un estado de hiperexcitación de las funciones psíquicas caracterizado por la exaltación del humor y el desencadenamiento de pulsiones instintoafectivas. La liberación desordenada y excesiva de la energía se manifiesta por igual en los dominios psíquicos, psicomotor y neurovegetativo (Diccionario de Psicología; F.C.E.; Ey, H.; - 1980).

(Definición  
operacional)

Va a ser manifestada por actitudes de manipulación de las láminas del RORSCHACH u objetos al alcance del sujeto durante la aplicación (Mani-lam-obj), además un número de respuestas mayor de 30 (+30 Rs), (Klopfer, B.; 1952).



**Agresión.-** La agresión se produce como reacción al peligro real o supuesto, de disminución del propio poder. Se dirige principalmente contra otras personas y objetos, pero puede volverse también secundariamente contra la propia persona cuando se siente obstaculizada por resistencias externas o reprimida por imperativos sociales con miras a la adaptación social (odio a sí mismo, autolesión, suicidio, masoquismo). Freud la considera como la manifestación en la conducta consciente del llamado instinto de muerte. (Diccionario de Psicología, Friedrich - Dorsch, 1985).

(Definición conceptual)

(Definición operacional) Es medido en el RORSCHACH por respuestas de C, aumento de CF mayor de 15% ( $15\% \dot{+} CF$ ), crítica del sujeto al objeto (crit S-obj) como: "de haber sabido me hubiera puesto a estudiar - esto", respuestas de sangre, descripciones como "es una mancha negra", respuestas de animal con contenido agresivo (Animal agres), respuestas de explosión en la lámina IX (Explosión L IX), aumento de respuestas S mayor de 10% ( $S + 10\%$ ), aumento de F+% mayor a 95% ( $F+% > 95$ ), respuestas de (H) mayor del 25% ( $(H) > 25\%$ ) (Klopper, B.; 1952).

**Depresión.-** Alteración afectiva del estado de ánimo o humor hacia el polo de la tristeza y de los sentimientos negativos, implica actividad psicofísica baja y desagradable que puede ser normal o patológica (Ey, H.; et al 1980).

(Definición conceptual)

(Definición operacional) Es medido en el RORSCHACH por el total de respuestas menor de 20 (-20 Rs), disminución de respuestas globales (-20% W) y calidad disminuida, tiempo de reacción prolongado a las láminas acromáticas ( $> TR \text{ lam acrom}$ ), elevación de A% por encima de 50% ( $50\% \dot{+} \text{ de A}$ ), disminución de respuestas M por abajo de tres (-3M), disminución de respuestas C, FC y CF menos de tres (-3C, FC, CF), FC' en protocolos sin respuestas de color (FC' sin Rs C), respuestas de D elevadas más de un 70% ( $D > 70\%$ ) Ad elevada más de 25% ( $25 \dot{+} \text{ de Ad}$ ), 20% o más de Hd, elevación de respuestas acromáticas con respecto a cromáticas - - (Acrom > crom), Aumento de F por arriba de 80% ( $F > 80\%$ ) (Klopper, B.; 1952).

- Ideas de muerte.- Contenido ideacional en el que se vive la experiencia de la muerte a la vez deseada y temida (Diccionario de Psicología, Ed. Orbis S.A.).
- (Definición conceptual)
- (Definición operacional) Es medido a través del RORSCHACH por tiempo de reacción prolongado a las láminas acromáticas (Elev TR L acrom), - elevación de la C' (C'), ausencia de m y respuestas de - precipicio en la lámina X (Klopfer, B.; 1952).
- Aislamiento.- Alteración emotiva en la que tras un suceso desagradable, el sujeto entra en retracción con su medio ambiente, presentándose una pausa en la que no ocurrirá nada ni se efectuará alguna reacción (Diccionario de Psicología, Ed. Orbis S.A.; Ey, H.; et al.; 1980).
- (Definición conceptual)
- (Definición operacional) Se observa en el RORSCHACH cuando en la relación de M:C es mayor la M y cuando en la relación (FK + Fc): F es - mayor la suma de F, aumento de C', respuestas populares con movimiento de flexión (Pop c/Flex) (Klopfer, B.; - 1952).
- Pobre autoestima.- Alteración afectiva caracterizada por una autodepreciación del sujeto, que puede encaminarse a una autoacusación, una autopunición o un sentimiento de culpa (Diccionario de Psicología; F.C.E.; Ey, H.; et al; 1980).
- (Definición conceptual)
- (Definición operacional) Se observa en el RORSCHACH cuando la relación de la suma W: suma M es mayor la suma de M, respuestas con contenido de insecto o biol., negativas de respuesta en forma afirmativa o interrogativa (neg Rs afirmat) (Klopfer, B.; 1952).

### 3.5 POBLACION.

Se trabajo con 30 pacientes seronegativos, 30 pacientes asintomáticos y 30

pacientes sintomáticos al VIH, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, adscritos al Hospital de Infectología del Centro Médico la RAZA.

### 3.6 MUESTRA.

El muestreo fue por cuota, debido a que se escogieron a los sujetos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

#### GRUPO EXPERIMENTAL.

- 30 sujetos de sexo masculino.
- Edad entre 21 y 26 años.
- Nivel de estudios de Bachillerato a Licenciatura.
- Solteros.
- Clasificados como asintomáticos a la Infección del VIH (seropositivos), sin daño neurológico, el cual fue descartado a través del Bender.
  
- 30 sujetos de sexo masculino.
- Edad entre 21 y 26 años.
- Nivel de estudios de Bachillerato a Licenciatura.
- Solteros.
- Clasificados como sintomáticos a la Infección del VIH, sin daño neurológico, el cual fue descartado a través del Bender.

#### GRUPO CONTROL.

- 30 sujetos de sexo masculino.
- Edad entre 21 y 26 años.
- Nivel de estudios de Bachillerato a Licenciatura.
- Solteros.
- Clasificados como seronegativos a la Infección del VIH, sin daño neurológico, el cual fue descartado a través del Bender.

En las tres muestras se utilizaron sujetos masculinos debido a que es más accesible esta población por ser en la que más incidencia se presenta la enfermedad.

### 3.7 ESCENARIO.

La presente investigación se realizó los sábados en el Hospital de Infectología del Centro Médico la RAZA del IMSS, en uno de los consultorios del servicio de admisión, donde se contó con la suficiente privacidad para la aplicación de pruebas y entrevistas.

### 3.8 INSTRUMENTO.

Se aplicó el Test psicodiagnóstico de RORSCHACH que es una técnica proyectiva la cual consta de 10 láminas con manchas de tinta y permite plasmar la vida afectiva del sujeto, que tiene validez y confiabilidad probada y es de uso en nuestro país, así como el Test Gestáltico Visomotor de Laureta Bender para descartar daño neurológico.

### 3.9 PROCEDIMIENTO.

Las muestras de pacientes asintomáticos y sintomáticos a la infección por VIH fueron canalizadas a través del Jefe de Departamento Clínico del Hospital, y la muestra de pacientes seronegativos fué canalizada a través del Departamento de Trabajo Médico Social, por lo que los pacientes asintomáticos y sintomáticos sólo pudieron ser entrevistados por uno de los pasantes y el grupo de pacientes seronegativos por dos de las pasantes de acuerdo al criterio del Jefe de Departamento Clínico y a que el manejo emocional de dichos sujetos es muy delicado.

Se aplicó el Test Gestáltico Visomotor de L. Bender para descartar daño neurológico a la población que fué canalizada como factible de requisitar los criterios de inclusión reuniendo un total de 90 personas: 30 seropositivos, 30 sintomáticos a la infección del VIH y 30 seronegativas, después

se les aplicó el Test Psicodiagnóstico de RORSCHACH a las 30 personas seropositivas a la infección del VIH, a las 30 personas que mostraban sintomatología del SIDA (considerandolas como la fase inicial y la fase final de la infección del VIH) y a las 30 personas seronegativas, para lo cual se requirió de dos sesiones por cada paciente.

Posteriormente se calificó e interpretó cada uno de los Test de acuerdo a los criterios de L. Bender y B. Klopfer, para poder identificar y comparar el perfil psicológico de cada una de las muestras.

Finalmente se procedió al tratamiento estadístico de los datos y análisis de los mismos.

## CAPITULO IV. RESULTADOS.

El análisis estadístico de los datos se llevo a cabo utilizando la prueba binomial debido a que es una prueba no paramétrica aplicable a muestras - medidas en escala nominal y cuando los datos se presentan en dos puntajes dando opción a aceptar o rechazar  $H_0$ , la prueba binomial es una prueba -- del tipo de la bondad de ajuste y nos dice que tan razonable es que las - proporciones (frecuencias) que observamos en nuestra muestra se hayan obtenido de una población con un valor específico, dando una serie de valores críticos con aproximación a la curva normal, cuya fórmula general es:

$$z = \frac{Np - (x + .5)}{\sqrt{Npq}}$$

De la cual se obtuvo una aproximación para la obtención del valor mínimo-requerido para la consistencia entre las calificaciones:

$$x = \frac{N - z \sqrt{N-1}}{2} = \frac{30 - 1.96 \sqrt{30-1}}{2} = 9.1323189$$

$$x = N - x = 30 - 9.1323189 = 20.867681$$

por lo que un valor de 9 o menor corresponderá a una frecuencia baja que representa un valor anormal de ocurrencia y sólo será importante si queremos medir la carencia del rasgo. En los cuadros aparecen como valores Gamma significativos (\*), pero negativos(-).

Los valores entre 10 y 20 corresponden a la ocurrencia esperada por azar en cualquier caso. En los cuadros aparecen como valores Gamma no significativos.

Los valores de 21 o más serán los que deberán tomarse en cuenta si queremos tener la seguridad de que el rasgo ocurre más allá de cualquier duda razonable. En los cuadros aparecen como valores Gamma significativos (\*) y positivos.

Los valores Gamma críticos de los rasgos estudiados en nuestras muestras se aprecian en el siguiente cuadro:

INDICADOR	GRUPOS			VALORES CRITICOS		
	O <sup>-</sup>	O <sup>+</sup>	Si	O <sup>-</sup>	O <sup>+</sup>	Si
	f	f	f	Gamma	Gamma	Gamma
A SHOCK EMOCIONAL	11	15	14	-0.267	0.000	-0.067
B ANGUSTIA	26*	22*	22*	0.733*	0.467*	0.467*
C MANIA	0	1	1	-1.000*	-0.933*	-0.933*
D AGRESION	4	1	1	-0.733*	-0.933*	-0.933*
E DEPRESION	28*	22*	22*	0.867*	0.467*	0.467*
F IDEAS-MUERTE	0	0	0	-1.000*	-1.000*	-1.000*
G AISLAMIENTO	23*	29*	28*	0.533*	0.933*	0.867*
H POBRE AUTO-ESTIMA	0	3	3	-1.000*	-0.800*	-0.800*

En él se puede apreciar que la muestra de pacientes O<sup>-</sup> (seronegativos), - la muestra de pacientes O<sup>+</sup> (seropositivos) y la muestra de pacientes con diagnóstico de SIDA (Si), presentan con mayor frecuencia angustia, depresión y aislamiento, siendo rasgos muy importantes que influyen en su comportamiento y que al exacerbarse pueden ser determinantes para la evolución de su padecimiento, ya que como se vió en la revisión bibliográfica la depresión psicológica conlleva a una depresión fisiológica con un im-

portante decremento del sistema inmune, no sólo en la inmunidad humoral - mediada por linfocitos B que evolucionan a células plasmáticas, sino también en la inmunidad citotóxica mediada por linfocitos T, opsoninas, complemento, interferon y cininas entre otras, motivo por el cual es muy importante dar atención psicológica a estos pacientes.

El aislamiento y la angustia contribuyen a que el paciente muchas veces - no acuda a su tratamiento y/o lo abandone por lo que debe recibir una -- atención especializada.

Dentro de los rasgos estudiados los menos significativos, debido a que se presentaron con muy poca frecuencia fueron ideas de muerte, manía y agresión, estos son expresiones colaterales de los que sí son evidentes y que aparecen en el cuadro anterior; una persona que presenta aislamiento y de presión pocas veces manifiesta agresión, o posiblemente este aislarse y - deprimirse autopunitivamente es una agresión para el sujeto mismo, es decir una forma de castigo moral; las ideas de muerte fueron exploradas no sólo a través del RORSCHACH sino también en contenido del pensamiento en el examen mental y no fueron encontradas significativamente.

Los valores críticos y sus frecuencias no permiten discriminar patología-diferencial entre las tres muestras estudiadas. El valor crítico entre -- las correlaciones deberá ser de:

$$r = \frac{z}{\sqrt{N}} = \frac{1.96}{\sqrt{30}} = 0.358$$

Cada uno de los indicadores es analizado de acuerdo a los subindicadores- que lo conforman en los siguientes cuadros.



INDICADOR	GRUPOS			VALORES CRITICOS		
	0 <sup>-</sup>	0 <sup>+</sup>	Si	0 <sup>-</sup>	0 <sup>+</sup>	Si
	f	f	f	Gamma	Gamma	Gamma
A SHOCK EMOCIONAL	11	15	14	-0.267	0.000	-0.067
1 TR LI	7	7	7	-0.533*	-0.533*	-0.533*
2 TR LV	3	2	2	-0.800*	-0.867*	-0.867*
3 Rechazos	5	8	8	-0.667*	-0.467*	-0.467*
4 Signos inc.	23*	13	13	0.533*	-0.133	-0.133
5 20% > VIII+IX+X	30*	30*	29*	1.000*	1.000*	0.933*

El indicador shock emocional fué integrado por los subindicadores A1 tiempo de reacción que tarda el sujeto en dar la primera respuesta formal a la lámina No. I; A2 tiempo de reacción que tarda el sujeto en dar la primera respuesta formal a la lámina No. V; A3 los rechazos que el sujeto hubiera presentado ante cualquiera de las diez láminas; A4 Signos de incapacidad que demuestra el sujeto; A5 cuando el porcentaje de respuestas de las láminas VIII, IX y X sea mayor del 20% del total de las respuestas.

El subindicador A4 (signos de incapacidad) discrimina entre el grupo 0<sup>-</sup> y los grupos 0<sup>+</sup> y con diagnóstico de SIDA (Si), siendo más frecuente el rasgo en el primero que en los otros dos.

El subindicador A5 (porcentaje de respuestas a las láminas VIII+IX+X) es una característica que los tres grupos poseen con mucha frecuencia y los indicadores A1 (tiempo de reacción a la lámina I), A2 (tiempo de reacción a la lámina V) y A3 (rechazos), son encontrados con muy poca frecuencia en los tres grupos.

INDICADOR	GRUPOS			VALORES CRÍTICOS		
	0 <sup>-</sup>	0 <sup>+</sup>	Si	0 <sup>-</sup>	0 <sup>+</sup>	Si
	f	f	f	Gamma	Gamma	Gamma
<b>B ANGSTIA</b>	26*	22*	22*	0.733*	0.467*	0.467*
1 Sa-ex-fu-ag-nu	16	9	9	0.067	-0.400*	-0.400*
2 TR acrom.shock	12	12	12	-0.200	-0.200	-0.200
3 Fk, kF, k	11	13	13	-0.267	-0.133	-0.133
4 FK, KF, K	18	16	16	0.200	0.067	0.067
5 de	0	3	3	-1.000*	-0.800*	-0.800*
6 di	0	1	1	-1.000*	-0.933*	-0.933*
7 Indif > dif	0	6	6	-1.000*	-0.600*	-0.600*
8 Geo. anat	23*	17	16	0.533	0.133	0.067
9 F% 20-50	14	18	18	-0.067	0.200	0.200
10 F+% < 85	9	18	18	-0.400*	0.200	0.200

El indicador B Angustia se integró de los subindicadores B1 las verbalizaciones que el sujeto realizó de sangre, explosiones, fuego, agua, nubes; B2 el tiempo de reacción que demuestre shock a las láminas acromáticas; B3 respuestas bidimensionales medidas por Fk, kF, k; B4 respuestas tridimensionales medidas por FK, KF, K; B5 detalles externos; B6 detalles internos; B7 respuestas indiferenciadas contra diferenciadas; B8 respuestas de geo y anat; B9 se tomó en cuenta cuando la F% era entre 20 y 50%; B10 cuando el F+% era menor de 85%.

Los subindicadores B1 y B8 discriminan entre el grupo 0<sup>-</sup> y los grupos 0<sup>+</sup> y con diagnóstico de SIDA, siendo más frecuente el rasgo en el primero -- que en los otros dos.

El subindicador B10 (F+%) discrimina entre el grupo 0<sup>-</sup> y los grupos 0<sup>+</sup> y con diagnóstico de SIDA, siendo menos frecuente el rasgo en el primero que en los otros dos.

El indicador general ANGUSTIA corresponde a un rasgo muy común y los subindicadores B5 (detalles externos), B6 (detalles internos), B7 (respuestas - indiferenciadas en mayor cantidad que las respuestas diferenciadas), se refieren a rasgos poco frecuentes en los tres grupos.

INDICADOR	GRUPOS			VALORES CRITICOS		
	0 <sup>-</sup> f	0 <sup>+</sup> f	Si f	0 <sup>-</sup> Gamma	0 <sup>+</sup> Gamma	Si Gamma
<b>C MANIA</b>	0	1	1	-1.000*	-0.933*	-0.933*
1 Mani-lám-obj	20	17	16	0.333	0.133	0.067
2 + 30 Rs.	0	3	3	-1.000*	-0.800*	-0.800*

El indicador Manía, está integrado por dos subindicadores, el C1 que mide la manipulación del sujeto hacia las láminas u objetos que tuviera al alcance durante la aplicación de la prueba; C2 un número de respuestas mayor a 30.

Aquí podemos observar que ningún subindicador discrimina entre las tres muestras, el indicador general MANIA y el subindicador específico C2 (número de respuestas mayor de 20) se refieren a rasgos que aparecen con poca frecuencia en las tres muestras.

El que no se plasme la manía en el RORSCHACH nos demuestra que la población estudiada tiende a la introversión y en situaciones angustiantes puede llegar a un enquistamiento caracterizado por aislamiento y depresión.

INDICADOR	GRUPOS			VALORES CRITICOS		
	0 <sup>-</sup>	0 <sup>+</sup>	S1	0 <sup>-</sup>	0 <sup>+</sup>	S1
	f	f	f	Gamma	Gamma	Gamma
D AGRESION	4	1	1	-0.733*	-0.933*	-0.933*
1 C	3	1	1	-0.800*	-0.933*	-0.933*
2 15% ó +CF	0	0	0	-1.000*	-1.000*	-1.000*
3 Crit. S - obj	2	2	2	-0.867*	-0.867*	-0.867*
4 Sangre	2	1	1	-0.867*	-0.933*	-0.933*
5 Descripciones	5	0	0	-0.667*	-1.000*	-1.000*
6 Animales agres.	7	5	5	-0.533*	-0.667*	-0.667*
7 Explosión L IX	2	1	1	-0.867*	-0.933*	-0.933*
8 S + 10%	0	0	0	-1.000*	-1.000*	-1.000*
9 F+% > 95	3	9	9	-0.800*	-0.400*	-0.400*
10 (H) > 25%	0	0	0	-1.000*	-1.000*	-1.000*

El indicador D AGRESION está integrado por D1 respuestas de color puro, - D2 15% ó más de respuestas de CF; D3 critica del sujeto al objeto; D4 ver balizaciones de "sangre"; D5 descripciones como respuestas; D6 respuestas de animales percibidos como agresivos; D7 respuesta de explosión a la lámina No. IX; D8 respuestas que ocupen el espacio en blanco mayores a un diez por ciento; D9 F+% mayor de un 95%; D10 respuestas (H) mayor de 25%

El subindicador D9 (aumento de F+% mayor a 95%) discrimina entre el grupo 0<sup>-</sup> y los grupos 0<sup>+</sup> y con diagnóstico de SIDA, siendo menos frecuente el rasgo en el primero que en los otros dos.

Todos los subindicadores de éste punto corresponden a rasgos que aparecen con muy poca frecuencia en los tres grupos.

INDICADOR	GRUPOS			VALORES CRITICOS		
	0	0	S1	0	0	S1
	f	f	f	Gamma	Gamma	Gamma
<b>E DEPRESION</b>	28*	22*	22*	0.867*	0.467*	0.467*
1 -20Rs	21*	19	19	0.400*	0.267	0.267
2 -20% W	0	6	5	-1.000*	-0.600*	-0.667*
3 > TR lám acrom	12	10	10	-0.200	-0.333	-0.333
4 50% ó + de A	4	16	15	-0.733*	0.067	0.000
5 -3 M	26*	17	17	0.733*	0.133	0.133
6 -3C, FC, CF	24*	29*	28*	0.600*	0.933*	0.867*
7 FC' sin Rs C	0	5	5	-1.000*	-0.667*	-0.667*
8 D > 70%	5	8	8	-0.667*	-0.467*	-0.467*
9 25 ó + de Ad	4	4	4	-0.733*	-0.733*	-0.733*
10 20% ó + de Hd	1	8	8	-0.933*	-0.467*	-0.467*
11 Acrom > crom	4	8	8	-0.733*	-0.467*	-0.467*
12 F > 80%	1	2	2	-0.933*	-0.867*	-0.867*

El indicador general DEPRESION está constituido por los subindicadores E1 considerado cuando el sujeto dió menos de 20 respuestas al total de las láminas del RORSCHACH; E2 menos de veinte respuestas globales (W); E3 un tiempo de reacción más prolongado a las láminas acromáticas; E4 respuestas de animal de 50% o más; E5 menos de tres respuestas de movimiento; E6 menos de 3 respuestas de color C, FC, CF; E7 protocolos donde hubiera respuestas de color acromático sin respuestas de color; E8 respuestas de detalle grande mayor del 70%; E9 25% o más respuestas de detalle animal; -- E10 respuestas de detalle humano de 20% ó más; E11 un número mayor de respuestas a las láminas acromáticas que a las láminas cromáticas; E12 F mayor de 80%.

El indicador general DEPRESION discrimina entre el grupo  $0^-$  y los grupos  $0^+$  y con diagnóstico de SIDA, siendo más frecuente el rasgo en el primero que en los otros dos.

Los subindicadores E2, E4 y E10 discriminan entre el grupo  $0^-$  y los grupos  $0^+$  y con diagnóstico de SIDA, siendo menos frecuente el rasgo en el primero que en los otros dos grupos.

El subindicador E5 discrimina entre el grupo  $0^-$  y los grupos  $0^+$  y con diagnóstico de SIDA, siendo más frecuente el rasgo en el primero que en los otros dos.

El indicador general DEPRESION y el subindicador específico E6 corresponden a un rasgo que aparece con mucha frecuencia en los tres grupos.

Los subindicadores específicos E2, E7, E8, E9, E10, E11 y E12 corresponden a rasgos que aparecen con muy poca frecuencia en los tres grupos.

INDICADOR	GRUPOS			VALORES CRITICOS		
	$0^-$	$0^+$	Si	$0^-$	$0^+$	Si
	f	f	f	Gamma	Gamma	Gamma
F IDEAS - MUERTE	0	0	0	-1.000*	-1.000*	-1.000*
1 Elev TR L acrom	12	11	11	-0.200	-0.267	-0.267
2 C'	0	0	0	-1.000*	-1.000*	-1.000*
3 Ausencia de m	25*	29*	28*	0.667*	0.933*	0.867*
4 Precipicio LX	0	0	0	-1.000*	-1.000*	-1.000*

El indicador general F IDEAS DE MUERTE, comprende los subindicadores F1 - elevación del tiempo de reacción a las láminas acromáticas; F2 respuestas de color acromático (C'); F3 ausencia de respuestas movimiento inanimado de objetos (m); F4 respuestas de precipicio en la lámina X.

Como se puede observar ningún subindicador discrimina entre los tres grupos.

El indicador general F IDEAS DE MUERTE y los subindicadores específicos - F2 y F4 corresponden a rasgos que aparecen con muy poca frecuencia en los tres grupos.

El subindicador F3 (ausencia de m) corresponde a un rasgo que aparece con mucha frecuencia en los tres grupos.

INDICADOR	GRUPOS			VALORES CRITICOS		
	0 <sup>-</sup>	0 <sup>+</sup>	Si	0 <sup>-</sup>	0 <sup>+</sup>	Si
	f	f	f	Gamma	Gamma	Gamma
<b>G AISLAMIENTO</b>	23*	29*	28*	0.533*	0.933*	0.867*
1 M : C) M	25*	30*	29*	0.667*	1.000*	0.933*
2 (FK + Fc):F > F	28*	29*	28*	0.867*	0.933*	0.867*
3 C' aumento	0	4	4	-1.000*	-0.733*	-0.733*
4 Pop c/flex	0	0	0	-1.000*	-1.000*	-1.000*

El indicador G AISLAMIENTO, se conformó con los subindicadores G1 donde - el valor de la proporción M es a C, presenta mayor peso en el lado de la - M; G2 en donde el peso de la ecuación (FK + Fc) es a F debe caer en el - lado de la F; G3 aumento de respuestas de color acromático (C'); G4 res--  
puestas populares con movimiento de flexión.

El indicador general G AISLAMIENTO discrimina entre los grupos  $0^-$  y  $0^+$ , siendo menor en el primero, pero no se verifica con el grupo de diagnóstico de SIDA.

El indicador general AISLAMIENTO y los subindicadores específicos G1 y G2 corresponden a rasgos que aparecen con mucha frecuencia en los tres grupos.

Los subindicadores G3 y G4 corresponden a rasgos que aparecen con muy poca frecuencia en los tres grupos.

INDICADOR	GRUPOS			VALORES CRITICOS		
	$0^-$	$0^+$	Si	$0^-$	$0^+$	Si
	f	f	f	Gamma	Gamma	Gamma
H POBRE AUTOESTIMA	0	3	3	-1.000*	-0.800*	-0.800*
1 W : M > M	0	1	1	-1.000*	-0.933*	-0.933*
2 Rs insect. biol	14	14	14	-0.067	-0.067	-0.067
3 Neg Rs afirmat	5	7	7	-0.667*	-0.533*	-0.533*

El indicador general H POBRE AUTOESTIMA está constituido por H1 donde el resultado de la suma W es a suma M, debe ser mayor M; H2 respuestas de insectos o biológicas; H3 respuestas negativas en forma afirmativa.

Como se observa ningún subindicador discrimina entre los tres grupos.

El indicador general POBRE AUTOESTIMA y los subindicadores específicos H1 y H3 corresponden a rasgos que aparecen con muy poca frecuencia en los tres grupos.



Es posible observar en los resultados totales, el subindicador A4 (signos de incapacidad) es más frecuente en los pacientes O<sup>-</sup> pero no es estadísticamente significativo para evidenciar un mayor nivel de shock emocional entre las tres muestras.

El subindicador B1 (respuestas de sangre, explosión, fuego, agua, nubes), y BB (respuestas de Geografía y Anatómicas) que nos miden angustia fue más frecuente en los pacientes O<sup>-</sup> que en los pacientes O<sup>+</sup> y sintomáticos a la infección de VIH sin mostrar una tendencia estadísticamente significativa para demostrar que se encuentran más angustiados.

El subindicador B10 (F+% < 85) que mide angustia presentó mayor frecuencia en la muestra de pacientes O<sup>+</sup> y sintomáticos a la infección de VIH no llegando a ser significativo para aclarar si se encuentran más angustiados que la muestra de pacientes O<sup>-</sup>.

El subindicador D9 (F+% > 95%) el cual mide agresión, fue más observado en las muestras de pacientes O<sup>+</sup> y sintomáticos a la infección de VIH que la muestra de pacientes O<sup>-</sup>, sin ser significativos para poder discriminar si presentan mayor agresión como un rasgo característico.

Los subindicadores E2 (-20% W), E4 (50% ó + de respuestas de Animal) y el subindicador E10 (20% ó + de respuestas de Hd), fue más presente en las muestras de pacientes O<sup>+</sup> y sintomáticos a la infección de VIH que la muestra de pacientes O<sup>-</sup> sin dar dato significativo para discriminar si presentan mayor depresión las muestras O<sup>+</sup> y SIDA como distintivas de su problemática.

El indicador general B (angustia) arrojó resultados altos en las tres muestras (O<sup>-</sup>26, O<sup>+</sup>22, Si22) lo que permite observar que es una característica general de los tres grupos, y al mismo tiempo que es un rasgo generalmente presente y elevado para el caso de nuestra población, aunque su valor crítico no permite discriminar entre las tres muestras.

El indicador G (aislamiento) se presentó con menor frecuencia en el grupo de  $O^-$  (23) que en el de pacientes  $O^+$  (29) y el de pacientes sintomáticos a la infección por SIDA (28), pero no permite discriminar a uno de los tres grupos con un rasgo mayor de aislamiento siendo una característica general para la población muestreada.

## CAPITULO V. CONCLUSIONES Y DISCUSION.

El propósito de la investigación fue conocer la diferencia entre el perfil psicológico de cada una de las muestras, e identificar si existía patología reactiva a la noticia de saberse infectado o a la aparición de los síntomas.

Los resultados observados a través del tratamiento estadístico nos permiten refutar la  $H_1$ , que propone la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el perfil psicológico de los pacientes asintomáticos y el perfil psicológico de los pacientes sintomáticos infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, en comparación con el perfil psicológico de los pacientes seronegativos al VIH.

Debido a que los valores Gamma positivos no presentan una significancia crítica entre las tres muestras estudiadas que permitan demostrar la  $H_1$ . Y el nivel de significancia crítica sí permite aceptar la  $H_0$  que plantea que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el perfil psicológico de los pacientes asintomáticos y el perfil psicológico de los pacientes sintomáticos infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, en comparación con el perfil psicológico de los pacientes seronegativos al VIH, como se observa en las tablas presentadas en el capítulo de resultados, obteniendo valores Gamma para el indicador general A (socio emocional) de  $-0.267$  para seronegativos (0-),  $0.000$  para seropositivos (0+) y de  $-0.067$  para sintomáticos (Si); para el indicador general B (angustia) valores de  $0.733^*$  para 0-,  $0.467^*$  para 0+,  $0.467^*$  para Si; en el indicador general C (manía)  $-1.000^*$  para 0-,  $-0.933^*$  para 0+,  $-0.933^*$  en Si; para el indicador general D (agresión)  $-0.733^*$  para 0-,  $-0.933^*$  en 0+,  $-0.933^*$  en Si; con respecto al indicador general E (depresión)  $0.867^*$  en 0-,  $0.467^*$  para 0+,  $0.467^*$  para Si; en el indicador general F (ideas de muerte)  $-1.000^*$  para 0-,  $-1.000^*$  para 0+,  $-1.000^*$  para Si; en el indicador general G (aislamiento)  $0.533^*$  para 0-,  $0.933^*$  en 0+,  $0.867^*$  en Si; para el indicador general H (pobre autoestima)  $-1.000^*$  para 0-,  $-0.800^*$  en 0+ y  $-0.800^*$  en Si; cuyos puntajes no discriminan si alguno de los rasgos es característico de una de las tres muestras-

pero permiten evidenciar que los rasgos: shock emocional, manía, agresión, ideas de muerte y pobre autoestima son poco frecuentes en la población estudiada, mientras que los rasgos: angustia, depresión y aislamiento son muy frecuentes y son comunes a las tres muestras, siendo su frecuencia estadística la que no permite caracterizarlos dentro de alguna muestra específica -- como distintivo de ella, estos rasgos se correlacionan con los encontrados en pacientes con SIDA por, Didier S. (1984), Morin S. et.al.(1984), Abrahams D.I. et. al. (1986), Cárdenas Arroyo J. (1989) y Valencia A. (1989). Aunque algunos subindicadores como el A4 (signos de incapacidad) y los subindicadores B1 (respuestas de sangre, explosión, fuego, agua, nubes), B8 (respuestas Gen., Anat.), E1 (menos de 20 respuestas) y E5 (menos de tres respuestas de M), que miden shock emocional, angustia y depresión respectivamente se presentaron con mayor frecuencia en la población O-, que en la población O+, obteniendo valores Gamma críticos positivos, pero no son estadísticamente significativos para demostrar que son rasgos característicos de la muestra O-, sino comunes a las tres muestras por lo que nuestra hipótesis de trabajo que plantea que si una persona se sabe seropositiva a la prueba del VIH (asintomática) tendrá un shock emocional que le producirá angustia, manía y agresión hacia los demás; pero si se presenta sintomatología propia del VIH- tendrá un shock emocional que le producirá depresión, aislamiento y pobre autoestima; en comparación con el perfil psicológico de los pacientes seropositivos, se ve rechazada.

Y el análisis cualitativo de las interpretaciones de RORSCHACH en las tres muestras estudiadas, nos permite identificar en la muestra O- (seronegativa) con mayor frecuencia las siguientes características:

- Angustia presente en el 62% de los pacientes.
- Evasión presente en el 57% de los pacientes.
- Bloqueos presente en el 55% de los pacientes.
- Fantasía presente en el 48% de los pacientes.
- Agresión presente en el 48% de los pacientes.
- Ideas paranoides presentes en el 48% de los pacientes.

Presentándose: manipulación (29%) y depresión (29%) aunque en una frecuencia menor.

El área identificada con problemática más relevante fue el área sexual, ya que el 43% de la muestra presentó patología en esta área.

De la muestra de pacientes 0- de acuerdo a los rasgos identificados fue posible clasificarla dentro de un perfil de personalidad de:

- Neurosis histérica 38% (11 sujetos)
- Neurosis depresiva 34% (10 sujetos)
- Neurosis obsesiva 28% (9 sujetos)

Con respecto a los pacientes de la muestra 0+ (seropositiva) se identificaron las siguientes características:

- Inseguridad 60%
- Evasión 60%
- Fantasía 50%
- Angustia 50%

Encontrándose también: agresión y temor a la crítica social con un 35% para cada uno y bloqueos, manipulación y depresión con un 30% de frecuencia respectivamente.

Permitiendo clasificarlos dentro de los siguientes perfiles psicológicos:

- Neurosis depresiva 55% (17 sujetos)
- Neurosis histérica 30% (9 sujetos)
- Neurosis obsesiva 15% (4 sujetos)

El área que presentó mayor problemática en los pacientes fue el área sexual con un 45% de frecuencia.

Dentro de esta muestra el 70% dió un número de respuestas menor de veinte, y el 30% más de veinte respuestas, un dato que de acuerdo a RORSCHACH nos indica esa depresión presente.

Así mismo el tiempo de aplicación fué de menos de 45 minutos para el 70% de la muestra y más de 45 minutos para el 30%; y un porcentaje de respuestas de animal menor de 40 para el 25% de la muestra y mayor de 51 para el 35% de la muestra; lo que evidencia el rasgo depresivo que es una característica importante del perfil psicológico de los pacientes y el aislamiento.

El 90% de los pacientes da más de un 16% de respuestas populares, el 75% presentó una sucesión rígida y el 15% una sucesión ordenada, esto sugiere una constricción de la personalidad y una adaptación a la norma para evitar el descubrirse ante los demás como personas infectadas.

De los fenómenos especiales que se presentaron fueron: respuestas "o", - el 25% de los pacientes; negativas a respuestas en forma afirmativa el 25% de la muestra, fenómenos que nos permiten observar una baja de la autoestima manifestada a través de la inseguridad al dar una respuesta. Algunos datos sobre el contenido que merecen mencionarse son: se presentó perseverancia en respuestas anatómicas en el 15% de los pacientes; como por ejemplo:

Caso I

Lam. I "hueso de columna vertebral, son dos nada más"

Lam. II "pues también la base de un hueso como la vertebra"

Lam. III "¿Será una pelvis?"

Lam. IV ". . . el coccix; el ¿cómo se llama? el hueso coxal"

Lam. V "Esta parece una mariposa pero también parece un hueso"

- Lam. VI "la línea alba del abdomen"  
 Lam. VII "¡Ay! que es esto, es como si fueran los glúteos y el ano"  
 Lam. VIII "la base del cráneo, no, el techo del cráneo"  
 Lam. IX "Esto sería la cara posterior de los huesos nasales, si no, casi no sé anatomía"  
 Lam. X "pués también el techo, la cara posterior y la cara anterior del occipital y parte de lo que es la médula"

#### Caso 2

- Lam. I "Los huesos de la cadera, si la volteo es una matriz"  
 Lam. II "una especie de matriz con los huesos de la cadera"  
 Lam. IV "Esto es el hueso de la columna y la cadera"

#### Caso 3

- Lam. II "Este es definitivo una cadera, con su puedo decirte que es de adelante hacia atrás, con algún órgano interno y además como una salida y una entrante...la cadera por la forma y el órgano femenino por la forma de la mariposa"  
 Lam. III "pués este si le veo un poco de tejido veo hasta un órgano, una vagina, hacia abajo y hacia arriba la caja torácica"

Estas respuestas fueron dadas en los protocolos de tres personas, además de ser anatómicas nos indican una preocupación somática y una tendencia a somatizar que habla de una neurosis histérica de conversión, que al mismo tiempo que elimina la angustia, la incrementa al estar incluyéndose en el campo de la conciencia como una serie de ideas hipocondríacas. Lo que se correlaciona con los datos reportados por Cárdenas Arroyo J. (1989) en sus estudios con pacientes con SIDA y en los cuales menciona que los elementos hipocondría --

cos son muy importantes como síntomas formados para evitar la angustia, y - del bloqueo de pensamiento que realiza para dar paso a la negación y evitar-pensar en situaciones angustiantes.

Perseverancia en figuras incompletas, observado en un 5% de los protocolos,- dichas respuestas se ejemplifican enseguida:

- Lam. I "en esta unas manos así (alusión al yo) como si fuera una persona que no tiene cabeza"
- Lam. II "parecen las cabezas de unos perros"  
"estas parecen unas palomas...sin pico"
- Lam. IV "Esto parece también la cabeza de un perro"
- Lam. V "Estas como dos cabezas de cocodrilo"
- Lam. VI "Como dos orangutanes... no están completos sólo se ve de la cintura para arriba"
- Lam.VII "Como las caras de dos niños... no se les ven los -- ojos"
- Lam.VIII "Parece la cabeza de una mantarraya"  
"Estos como dos toros...sin cuernos"  
"Esta una mariposa, le hace falta la cabeza"
- Lam. IX "Como la cara de un murciélago"

Lo que nos habla de un bloqueo intelectual del paciente y una incapacidad -- para relacionarse adecuadamente hacia el exterior, al mismo tiempo nos muestra el mutismo de una actitud extraversiva a introversiva, esto constituye - una inhibición que forma un síntoma, el aislamiento (Freud, S. 1914).

De esta muestra el 95% de los pacientes adquirió el VIH por vía sexual y un paciente (5%) la adquirió por transfusión, presentando respuestas que se alejan de las obtenidas de los demás pacientes, estas son:

- Lam.III "Una mariposa...al parecer está en picada"
- Lam. X "Dos veñados parece ... le faltarían sus cuernos al -



de la izquierda, no parece que están tranquilos y por la cabeza pienso que le dieron un tiro"  
 "Dos rostros a medias...gritando, sin pelo, con --  
 ojos, mentón muy prolongado"

Esto refleja mayor angustia que la presentada por los demás pacientes y con resentimientos hacia el medio externo por haber sido contagiado, es importante mencionar que no había tenido relaciones sexuales y que no muestra agresión manifiesta como pudiera esperarse. Lo que puede explicarse porque el shock o trauma que el paciente experimenta al saberse infectado, se caracteriza por un estado depresivo y la negación del resultado (Horowitz 1976).

Y en los pacientes de SIDA franco (Si) se lograron identificar las siguientes características relevantes:

- Angustia 95%
- Evasión 56%
- Depresión 55%
- Agresión 50%

quienes también presentaron fantasía, temor a la crítica social y manipulación con una frecuencia de 45% cada una; bloqueos con un 30%.

No se logró identificar un área específica con mayor problemática probablemente debido a que la angustia invade todas las áreas y se ven con una patología uniforme.

Un aspecto que llama la atención es que dos de los pacientes de ésta muestra dieron respuestas de consciencia de enfermedad muy impactantes como:

Caso 1

Lam. X "son cosas que tenemos adentro del cuerpo pero no sabemos que es...es algo que no debe estar dentro de nosotros, algo anormal, como un virus"

## Caso 2

- Lam. IX "aquí es como el recto está como infectado y le --  
 está escurriendo sangre...esta parte me imagino -  
 la enfermedad que tengo ahorita"  
 "unas como manchas de la enfermedad...de las man -  
 chas que tienen los pacientes"

Esta serie de características nos permiten clasificarlos dentro de los si --  
 guientes tipos de personalidad:

- Neurosis depresiva	55 % (17 sujetos)
- Neurosis histérica	30 % ( 9 sujetos)
- Neurosis obsesiva	6 % ( 2 sujetos)
- Neurosis de angustia	4.5% ( 1 sujeto )
- Personalidad borderline	4.5% ( 1 sujeto )

Dentro de esta muestra el 65% dió un número menor de veinte respuestas y el 35% más de veinte respuestas; el tiempo de aplicación fue de menos de 45 minutos para el 90% y más de 45 minutos para el 10%, así mismo el 50% dió menos de 40% de respuestas de animal y el 35% más de un 51%; esto nos muestra la depresión característica de estos pacientes así como el aislamiento y disminución de interés en el medio externo.

El 80% de los pacientes dió más de un 16% de respuestas populares; el 75% -  
 presentó una sucesión rígida y el 20% una sucesión ordenada, esto nos mues -  
 tra el estreñimiento de la personalidad y un apego estricto al mundo norma -  
 tivo por un miedo a un desapego de la realidad.

Se presentaron como fenómenos especiales: respuestas "o" (5%); negativas de -  
 respuesta en forma afirmativa y/o interrogativa (15%) y crítica del sujeto -  
 al objeto (5%) que también nos hablan de inseguridad y un aislamiento.

Con respecto al contenido pudimos observar perseverancia en respuestas anató -  
 micas, las que se ejemplifican enseguida.

- Lam. I "no le encuentro forma parece una mancha o parece una pelvis"
- Lam. III "Estos de aquí parecen estómagos"
- Lam. VIII "Esta más fea parece una calavera mal formada con mechones y un pedazo de cachete ¡uy que fea!"
- Lam. X "Y este se ve como si fuera la columna con la pelvis está feo"

Esto nos muestra tendencia a la somatización y preocupaciones mórbidas - que podrían desencadenar enfermedades psicósomáticas, las que son producidas por el nivel de angustia y que constituyen un síntoma que permite liberar la misma (Ey, Henry et.al. 1980).

También se pudo observar perseverancia en el contenido de respuestas sexuales como:

- Lam. III "Dos personas del sexo femenino, las mujeres parece que tienen pene, por el busto son mujeres"  
"Una toma de una cuando ponen a la mujer en posición gineco que se ven los dos glúteos y los labios"
- Lam. VI "Es como una especie de biopsia de unos labios vaginales puestos en una pantalla de xylol"
- Lam. VII "Se me figura una especie de biopsia de un corte de piel, pero aquí agarra como ano y labios vaginales"

- Lam. VIII "Posiciones gineco... por los labios vaginales, -  
ano y glúteos"
- Lam. IX "Aquí veo dos mamas... porque así son las formas-  
de las mamas, nada más que les falta el pezón"

Esto nos habla de una reactivación de un trauma debido a que el paciente que dió estas respuestas refería que su madre murió de cáncer cervico - uterino y al mismo tiempo nos habla de una angustia incontrolable, lo que tiene relación con lo expuesto por Horowitz (1976) quien manifiesta que el paciente-sintomático se enfrenta a un estado continuo de angustia producido por una - situación traumática.

Se presentó también perseverancia en el contenido de animales abiertos:

- Lam. VIII "Le da parecido a dos ratas abiertas que están al  
lado derecho e izquierdo y a otro animal que tam  
bién podría ser rata, pero la rata grande podría  
estar abierta como para un proceso"
- Lam. IX "son como en realidad son animalitos como cangre-  
jos pero en partes, un cangrejo abierto con sus  
partes de adentro"

Estas respuestas nos hablan de una disociación del yo para evadir la angus -  
tia y al mismo tiempo poder controlarla, nos hablan de un difícil control de  
impulsos y una desubicación en la esfera de la conciencia, las que son caracte -  
rísticas de la crisis inicial que se presenta en las situaciones traumáticas  
según Miller (1988).

Dos protocolos llaman la atención porque presentan respuestas con patología -  
evidente, a continuación se presentan las respuestas obtenidas en ellos:

- Lam. II "Esta si no le entiendo, como el recto, está como -  
sangrando, unos como granos"

- Lam. III "Lo mismo también el recto con unas gotas de san - gre por las orillas nada más"
- Lam. VII "Este es también el recto de uno"
- Lam. IX "Aquí es como el recto que está como infectado, le está escurriendo sangre"

Aquí podemos observar una preocupación obsesiva en el medio de contagio del paciente y al mismo tiempo una fijación funcional que invade el pensamiento manteniendo al paciente dentro de un estado de preocupación mórbida, que lo obliga a aislarse intelectual y emocionalmente, características que son propias de una actitud negadora adaptativa (Valencia A. 1989).

En el otro protocolo podemos observar las siguientes respuestas:

- Lam. I "pulmones"
- Lam. II "Otros pulmones pero más chicos"
- Lam. III "Pueden ser otros pulmones, sólo que unos más chicos y otros más grandes"
- Lam. IV "Parecen otros pulmones por la figura"
- Lam. VI "Es un pulmón pero más grande que los demás...como un pulmón viejo porque está bien grandote"
- Lam. VII "Es un pulmón pero mucho más grande que el otro"
- Lam. IX "Todo un pulmón..."
- Lam. X "Es otro pulmón más grande de varios colores"

En estas respuestas podemos observar que la angustia ha bloqueado totalmente la ideación del paciente centrándolo en el aspecto relevante para él, un pulmón que lo provee de vida, esto pudo deberse a que el paciente estaba programado para cirugía siendo este un factor que aumentaba su nivel de angustia ya que refería "tener miedo de no salir con vida de la operación debido a su estado de inmunodeficiencia". Lo que puede relacionarse con el dato -- reportado por Didier Seux (1984), de que existen descompensaciones cuasi psicóticas en los pacientes con SIDA.

También se pudo observar perseverancia en el contenido de figuras grotescas en las respuestas de un paciente:

- Lam. II "Una cara muy grotesca, los ojos rojos, la boca -- como de payaso...una cara triste de hombre por la forma"
- Lam. IX "Esto parece como pinturas de Picasso de esas grotescas"

Lo que nos habla de un shock emocional del paciente en el cual percibe a la sociedad como amenazante, una depresión y un temor al rechazo social al mismo tiempo una evasión a través de la fantasía, dinamismo por medio del cual - puede apoyarse en un trozo de realidad más gratificante y reprimiendo todo - lo demás (Freud 1914).

Otro aspecto perseverante en el contenido de las respuestas se puso de manifiesto en el ejemplo del siguiente protocolo donde las naves espaciales ocupan la ideación del sujeto:

- Lam. II "Esto como una nave espacial con su chorro de -- aire"
- Lam. IV "Como un cohete con esta sombrita así, un cohete - de esos que van a la luna"
- Lam. VII "Como una nave espacial que va saliendo, como un cohete"
- Lam. VIII "Aquí volvemos a las naves espaciales, como un - avión supersónico"
- Lam. IX "Volvemos a las naves espaciales, una nave espa - cial, un cohete espacial"

Donde podemos observar una evasión del paciente a nivel de fantasía, por temor a las consecuencias de la enfermedad originando una obsesión en el contenido del pensamiento y una incapacidad para desprenderse de un objeto a través del cual el paciente podría escapar, un cohete para ir a otro mundo un mundo en el que la civilización estuviera tan adelantada que si hubiera cura para el SIDA.

Se plasmó en un protocolo una perseverancia en el comer:

- Lam. I "Una mariposa que va volando, se ve que tiene hambre porque tiene las tenazas como listas para -- comer"
- Lam. II "Un animal también puede ser la misma mariposa que ya se paró en una flor y está comiendo"
- Lam. III "Es un escarabajo, está parado con las dos tenazas al frente se ve que acaba de comer porque hay manchas de sangre"

A través de estas respuestas podemos observar demandas afectivas no satisfechas, a nivel oral y una angustia muy importante, que nos hablan de una personalidad pasivo independiente.

Se observó perseverancia en el contenido de parejas en el protocolo de un -- paciente:

- Lam. II "Es una pareja ¿no? está así (mención a tomarse -- las manos), está hincada, de espaldas...podrían ser dos hombres que están de espaldas, no tienen cabezas, las piernas no se ven porque quedan por adelante, son gordos"
- Lam. III "Lo mismo una pareja también, sí, porque está es -- la parte de sus pies...una pareja de hombres están inclinados deteniendo esto, no se les ve la -- cara nada más la silueta"
- Lam. VII "No, nada...la parte de enmedio que está uniéndlo ...dos cosas podría ser una pareja o algo parecido que está uniéndose...un hombre y una mujer, la mujer es más delgada, no se les ven las caras están de perfil, la mujer está sonriente, él de en -- jo, esto no va (plumas) nada más tienen la mitad del cuerpo"

A través de las cuales podemos observar una necesidad de afecto por demandas a nivel pareja, que es una de las áreas que de acuerdo a Rossi Luisa (1990)- y Cárdenas Arroyo J. (1989) se ven más afectadas, y podemos observar como se plasma a través del RORSCHACH el miedo al rechazo social, la angustia y la - evasión que el paciente experimenta.

Estas características y tipos de personalidad se encuentran dentro de un rango que no permite establecer diferencias estadísticamente significativas -- entre los perfiles de personalidad de las tres muestras correlacionándose - con los resultados arrojados en nuestro análisis estadístico.

Los tres principales rasgos que se observan en las muestras de pacientes -- coinciden con los reportados por los autores revisados en el marco teórico, estos rasgos como ya se dijo son la angustia debido a que como Freud (1914) expresa, la angustia es el núcleo de las situaciones traumáticas, y el infectarse con el VIH es vivido como una situación traumática (Miller 1988), el - segundo de los rasgos más frecuentes es la depresión que Kübler Ross (1970)- describe como características de los pacientes con enfermedades terminales;- y se da porque en el momento de saberse infectado, al sujeto se le deshace - su esquema conceptual que utilizaba para vivir, es decir, todo su marco referencial acaba de ser mutilado y tendrá que reconstruir ese marco para poder adaptarse a su medio para seguir viviendo (Fenichel O. 1982), esto se refleja en aislamiento que es la formación de un síntoma que tiende a disminuir - la angustia experimentada (Freud 1914).

Al mismo tiempo uno de los mecanismos de defensa que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes es la negación; que el paciente utiliza para aminorar la angustia, anulando las consecuencias del proceso represivo, es decir que el contenido de representación no logre el acceso a la conciencia, - mandando al inconsciente la verdad evidente para poder seguir funcionando en su medio (Freud 1925; Kübler Ross 1970; Miller 1988; Valencia A. 1989; -- Rossi L. et. al. 1990).



El área con mayor conflictiva fue el área sexual, esto se debe a que la - libido tiene que ser desviada hacia otras áreas y muchas veces sustituida por una serie de actividades como el altruismo (Freud 1914), y también a que es la más afectada en términos de inhibición y represión por sentimientos de culpa (Abrahams D.I. et. al. 1986).

Un factor importante fue que la mayoría de la población estudiada adquirió la infección a través de la vía sexual, lo que corrobora los estudios reportados por el I.N.D.R.E. (1993), que nos muestran que éste es el modo de transmisión preponderante; de las tres muestras estudiadas, la muestra de pacientes 0<sup>-</sup> estuvo constituida por 23 heterosexuales (77%), tres bisexuales (10%) y cuatro homosexuales (13%); la muestra de pacientes 0<sup>+</sup> se formó con 16 heterosexuales (53%), cuatro bisexuales (13%) y 10 homosexuales - (34%); en tanto que la muestra de pacientes de SIDA estuvo conformada por 17 heterosexuales (57%), cuatro bisexuales (13%) y 9 homosexuales (30%), demostrando así que en la población estudiada el número de pacientes - heterosexuales va en aumento, mientras que el número de pacientes homo - sexuales es casi constante, y al mismo tiempo esta diferencia en la preferencia sexual no arrojó una serie de rasgos psicológicos que dieran una variación a los perfiles de las tres muestras.

El análisis cualitativo nos permite esclarecer que los rasgos presentes en las tres muestras no se deben a alteraciones producidas por estados, sino que son propias de la estructura de personalidad de base de cada sujeto, aún cuando en la muestra de pacientes sintomáticos a la infección del VIH, la aparición de sintomatología evidente en sus cuerpos les hace angustiarse momentáneamente, pero la controlan ajustando sus mecanismos de defensa, permitiendo así una homeostasis psicológica equiparable a las de las - otras dos muestras.

Es importante señalar que en los pacientes sintomáticos en fase III o fase IV de la infección por VIH, estos reajustes no son duraderos ya que los signos de la infección llegan a presentarse tan rápidamente que el paciente no puede elaborarlos y se presenta un cuadro de ansiedad difusa que en la mayoría de los casos tienen que ser tratado psiquiátricamente y que - agrava el síndrome de quebranto social presente por la hospitalización de los mismos (Didier Seux, 1984).

Un aspecto relevante y que posiblemente influyó los resultados fue que la población seronegativa utilizada como grupo control, se le había practicado el examen de detección de Ag/Ac del VIH recientemente, y se ha observado que un sujeto al que se le practica esta prueba serológica aún cuando no presente factores de riesgo, se angustia enormemente, canalizando esa angustia hacia el polo depresivo, llegando a cambiar sus hábitos de vida antes de que se le proporcione su resultado, siendo uno de estos cambios de hábito el aislamiento y cuando el resultado es negativo permite un decremento de la angustia, aunque de manera paulatina, y esto influyó en los resultados debido a que esta angustia se impacta en el RORSCHACH, no permitiendo establecer diferencias entre el perfil de las tres muestras como se esperaba.

Otro aspecto relevante es que los indicadores de angustia, depresión y aislamiento se constituyeron por diez, doce, y cuatro determinantes respectivamente lo que en el caso de la angustia y la depresión nos da un margen mayor para encontrar esos rasgos al permitirnos explorarlos con un rango mayor e identificarlos más adecuadamente, mientras que los indicadores manía, ideas de muerte y pobre autoestima que se presentaron con menor frecuencia, o no se presentaron como es el caso de ideas de muerte, estuvieron constituidos por dos, cuatro y tres determinantes, proporcionando un rango muy limitado para su medición. Esto se debe a que nos basamos únicamente en Klopfer B. (1952) para establecer estos indicadores y su aportación a estos rasgos es muy pobre. Aunque no creemos que este haya sido un factor determinante porque el indicador agresión y el indicador shock emocional estuvieron constituidos por cinco y diez determinantes respectivamente, lo que les permite una representatividad adecuada y sin embargo no aparecen como relevantes.

No obstante que los resultados no se presentaron en la dirección esperada, la investigación da aportes valiosos en cuanto se observa que una persona a la que se le practica la detección de Ag/Ac contra el VIH, sufre una alteración emocional a nivel de estado que canaliza hacia el polo depresivo aún cuando no haya tenido prácticas de alto riesgo, situación que no ha sido reportada por ninguno de los investigadores consultados; y al mismo tiempo conforma un perfil psicológico del paciente sintomático, asintomático y seronegativo bastante preciso, el cual tampoco es reportado así por los autores revisados.

Por otra parte algunos de los mecanismos de defensa que contribuyen a que el paciente sintomático y asintomático de SIDA equiparen su perfil psicológico con el del paciente seronegativo, que pudieron identificarse a través de las entrevistas fueron la negación, que es el mecanismo más utilizado por los pacientes; en segundo lugar la racionalización debido a que les permite a través de una serie de fantasías inspiradas en las lecturas o comentarios de la gente que los rodea, dar un giro importante a su esquema conceptual, y permitir un escape muy importante de angustia, el que aunado a la forclusión le permite el paciente, sobre todo al seropositivo reintegrarse a sus actividades y al mismo tiempo sublimar, mecanismo que es muy evidente en las actividades altruistas que integra a su vida, esto le permite nuevamente eliminar angustia y proyectar, porque al cuidar de otro paciente que se encuentra en un estado más deteriorado que el de él, le ayuda a proyectar sus malestares y a sentirse útil, funcional y sano.

Esto muy probablemente esté determinado por la fase que estuvieran atravesando dentro de su etapa de duelo, y más frecuentemente a que no es una sola etapa de duelo sino muchas en un corto plazo, haciendo que los pacientes de SIDA al detectar nuevos síntomas evidentes en su cuerpo tengan que hacer una nueva elaboración realizando así un reajuste a su esquema psicológico, con mecanismos de defensa más elaborados o más arcaicos; como la negación que se refuerza porque no sólo es un mecanismo de defensa sino una fase (Freud, S. 1925), y propicia que el sujeto bloquee su nivel de elaboración y se equipare a la patología que presentan las otras dos muestras.

Lo mismo sucede con la depresión que es un rasgo que se eleva y que se esperaba que fuera mayor en la muestra de pacientes sintomáticos, pero que al constituir un rasgo y una fase de la etapa, le permite al sujeto adaptarse a su nueva situación efectuando procesos de introyección, acomodación y asimilación, a través de los mecanismos de defensa que sin llegar a constituirse en patológicos, le permiten la homeostasis que lo hace seguir conectado con la realidad, sin mostrar mayor patología que las otras dos muestras.

En los pacientes seropositivos se da este reajuste permitiendo que se elimine angustia a través de los mecanismos de defensa y así se equiparan sus rasgos con los de la muestra seronegativa.

Si bien la respuesta psicológica a un diagnóstico de infección por VIH es muy diversa y depende del grado de salud o enfermedad mental del sujeto afectado, existen ciertas respuestas que por su frecuencia merecen especial mención y requieren de apoyo psicológico, como son las presentes en nuestras muestras y que se observan a un rango casi patológico: depresión, angustia y aislamiento, generadas en un principio por la decisión que tendrán que tomar sobre el hecho de con quién compartir la noticia de saberse infectados. Esto es una continuación de la marginación social que probablemente habían sufrido a lo largo de su vida, y curiosamente viven la paradoja de poner el cuidado de su salud en manos de una sociedad que les ha enseñado a dudar del valor de su existencia, lo que propicia en algunos que continúen su propia devaluación, y por lo tanto, se perciben como indignos de recibir cualquier tipo de cuidado médico - psicológico.

Es importante mencionar las reacciones de ansiedad secundarias a la noción que se tiene de padecer una enfermedad incurable y mortal (Kübler, Ross E. - 1970), angustia que puede llegar a ser intolerable y requerir tratamiento farmacológico.

Las reacciones de tipo depresivo, ocupan un lugar muy importante como ya se dijo, pudiendo manifestarse en tristeza, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia, apatía e irritabilidad. Es bien sabido que la depresión disminuye directa o indirectamente la capacidad de respuesta inmune, por lo cual su tratamiento resulta de particular importancia, no sólo para disminuir el sufrimiento del individuo sino también para prevenir el progreso de la enfermedad. Debido a que las emociones producen diferentes cambios fisiológicos a nivel de sistema nervioso autónomo, mediadas por el sistema límbico, como la ira y la cólera que son acompañadas por la estimulación motriz y la secreción de adrenalina, y eventualmente llevan a la incoordinación muscular. Lo que puede deteriorar rápidamente a los pacientes del continuo VIH - SIDA, psicológica y fisiológicamente. Otro factor importante es el miedo que tam

bién estimula las vías adrenérgicas contribuyendo a éste deterioro, ya que la adrenalina prepara al organismo para una respuesta de "escape", que conlleva a un estado tensional prolongado que el paciente no puede mantener por mucho tiempo, sin un alto costo de la vía degradativa del glucógeno. Si este es leve y la amenaza puede ser evitada, los efectos perjudiciales de la actividad del sistema simpático momentáneamente son insignificantes. Pero si el miedo es pronunciado o crónico la excitación simpática intensa puede impedir el funcionamiento normal. La tristeza, el pesar y la depresión muestran un elevado nivel de actividad simpática, que como resultado puede producir indiferencia y retardamiento en los procesos mentales (Magda, B. Arnold 1970).

Esto se correlaciona también con el hecho de que los individuos afectados niegan su enfermedad y aparentemente quieren "vivir plenamente lo que les queda de vida". Alteran sus hábitos de sueño y de alimentación y pueden iniciar o aumentar el consumo de drogas, así como aumentar su participación en actividades de riesgo (Rossi, Luisa 1990), lo cual favorece la aparición más temprana de la enfermedad y la diseminación del virus en el resto de la población.

Lo que se debe a que el paciente infectado por VIH se siente víctima de la fatalidad y aunado a las reacciones de rechazo reales de los individuos que lo rodean, da lugar a una intensa ira que dificulta considerablemente las aproximaciones afectuosas de los seres cercanos, aquí el paciente se aísla emocionalmente para no darse cuenta de que hay gente que en realidad lo aprecia, ya que el aceptar este afecto implica una ruptura en su barrera que lo haría integrar elementos posiblemente dolorosos; así como de los intentos terapéuticos.

Todos sabemos hoy en día que la atención psicológica es ya parte nodular en el tratamiento global de estos pacientes, sin embargo aún estamos lejos de proporcionarla a todos aquellos que la necesitan.

Esto se observa con mayor frecuencia en los hospitales como el Hospital de Infectología del Centro Médico la RAZA, en que el paciente con enfermedades terminales son abandonados paulatinamente por el cuerpo médico; lo que se debe en gran medida a la incapacidad de enfrentar y acompañar al enfermo en su camino hacia la muerte y a la carencia de recursos humanos y materiales.

Esto es algo de lo que se pudo observar durante la estancia en dicho h6s - pital, no s6lo a trav6s de la simple observaci6n sino tambi6n a trav6s de la entrevista psicol6gica a los pacientes asintom6ticos y sintom6ticos que forman parte de la poblaci6n cautiva y la poblaci6n flotante del h6spital, en los cuales al ser explorado directamente ¿qu6 significa la muerte?, re - huyen contestar lo que en realidad les parece que ser6; en los pacientes asintom6ticos 6ste aspecto es excluido totalmente de la conciencia, pro - bablemente debido a que es uno de los miedos b6sicos (Le6n, S. P6rez 1965), y el hombre siempre tiende al hedonismo, tambi6n a que su estado de salud no lo enfrenta con la muerte; pero en el paciente sintom6tico en el que las infecciones son constantes y casi incontrolables se da el mismo fen6 - meno, los pacientes hospitalizados en fase IV, ya no pueden deambular por los pasillos y sus rostros se han deteriorado tanto que el mismo pa - ciente evita mirarse al espejo porque los p6mulos salientes, las profundas ojeras y la piel deshidratada lo hacen imaginar que la muerte se refleja en su cara, esto constituye claramente una dismorfofobia (Morin, S. et. al. 1984); aqu6 se da un efecto muy especial porque adem6s el paciente evita preguntar por su estado de salud al m6dico tratante y cuando se le da el - reporte m6dico no pone atenci6n, forcluyendo as6 un aspecto que lo confron - ta con su deceso.

El evitar mirarse al espejo es parte de la involuci6n que el paciente ex - perimenta junto con el aislarse y la falta de arreglo, esto puede estar motivado al menos en la muestra que se observ6, por una regresi6n narcisista ya que el 90% de los pacientes son gente atractiva con un narcisismo bien desarrollado, que se dieron el lujo de explotar hasta donde les fue posible, y que en este momento los hace negar su deterioro f6sico y refu - giarse en un nivel de fantas6a, recordando sus mejores experiencias y evi - tando as6 la angustia que casi los asfixia. De otra forma ese miedo a la muerte que es un miedo muy personal, porque la muerte no es para todos los pacientes el fin, sino para algunos la continuaci6n; una continuaci6n que puede ser un premio (yendo a la gloria), o un castigo (yendo al infierno), los har6a involucionar m6s r6pidamente.

Motivo por el cual se debe evitar crear o reactivar sentimientos de culpa en el paciente, ya que acrecentan el deterioro psicol6gico y fisiol6gico; adem6s suficientes sentimientos de culpa tendr6 debido a lo punitivo de la reli -

gión en la cual muchas veces se refugia, y de la sociedad que margina o -- estigmatiza a los grupos.

Al hablar de una explotación narcisista no nos referimos a la promiscuidad -- de la que tanto se pregona que es un factor de riesgo y con lo cual no estamos totalmente de acuerdo porque como ya se vió en el marco teórico, no es -- importante acostarse con un gran número de personas, muchas gentes se conta-- gían con una sóla relación sexual que en ocasiones es la primera; y en otras ocasiones se ha visto que personas que han tenido varias relaciones sexuales con gente infectada no han resultado contagiadas, ¿a qué se debe? no se sabe ya que teóricamente el hombre no es un huésped refractario, sino un huésped permisible.

Por otra parte la promiscuidad se asocia con lo prohibido, lo malo, lo desea-- do; pero ¿cómo podemos diferenciarla de un cambio de valores?; porque no vi-- vimos en una sociedad en la que la mujer se quede en casa a guardar su virgi-- nidad hasta el matrimonio, o el hombre le sea fiel a una sola mujer, ni tam-- poco se usan sábanas hendidas para poder hacer el amor; vivimos en una socie-- dad en que los medios masivos de comunicación promueven los canones de be-- lleza, con mujeres curvilíneas y delgadas que se ven asediadas por los hom-- bres con quienes pueden tener relaciones sexuales libremente, y hombres de -- caras estéticas y corpulentos que seducen mujeres; lo que les da un status -- que mucha gente busca; precisamente por esto queremos aclarar que nos referi-- mos a un tipo de personalidad que predomina, una histeria con un núcleo narcisista que los lleva a seducir, a manejar, que los dota de un egocentrismo -- el cual curiosamente va desapareciendo gradualmente para dar paso a un mutis -- mo casi total, a un aislamiento, a una astenia, afagia y adinamia, donde la actividad es a nivel cognoscitivo con predominio de fantasía y negación; es-- to se da en el paciente porque está tan asustado que no sabe que hacer y se abandona al medio externo, ya que la sintomatología no le permite llorar, -- gritar, vociferar o actuar para liberar la angustia y espera que el equipo -- médico logre hacer algo por él (cuando aún tiene conciencia), éste mecanismo ha sido muy promocionado hoy en día en Estados Unidos, donde se ha visto que deportistas, políticos y otras personalidades públicas notifican a la comuni-- dad su contagio de SIDA, intentando así que la gente de su alrededor se preo-- cupe por ellos y cargue con su angustia, esto es claramente una formación -- reactiva, en la que los sentimientos angustiantes se proyectan al exterior y así se libera la angustia; es posible correlacionar esos datos con los de --

nuestros pacientes ya que como dijimos también se da este fenómeno el que se observa generalmente en los pacientes sintomáticos.

Por último podemos decir con toda certeza que aún cuando los autores revisados solo dan unos rasgos de personalidad que de acuerdo a su experiencia son los más presentes en los pacientes infectados por VIH, no dan perfiles específicos de sus poblaciones, lo que dificulta la comparación entre el perfil que obtuvimos y algún otro, esto lamentablemente pone en evidencia la falta de oportunidades de acceso a la población infectada por VIH y al mismo tiempo el poco interés en el abordaje psicológico de estas personas.



**CAPITULO VI. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.**

Las limitaciones más importantes acaecidas durante la investigación fueron - las siguientes:

- Falta de apoyo por parte del personal médico para requisitar la muestra en un periodo breve.
- La limitación para que el manejo de los pacientes asintomáticos y sintomáticos al VIH sólo fuera realizado por uno de los pasantes en lugar de los tres pasantes de psicología.
- Falta de publicaciones a nivel nacional e internacional que permitan establecer un perfil psicológico por etapas en la infección del VIH, y ahondar en aspectos psicológicos inherentes al SIDA.
- Problemática para entrevistar a los pacientes en fases avanzadas del SIDA por sintomatología propia de la etapa.
- Se sugiere que se realice una investigación con una muestra poblacional -- más grande utilizando población de diferentes instituciones.
- Que se utilice una muestra de pacientes seronegativos a los que no se les haya practicado el examen de detección de Ag/Ac al VIH, para compararlos - con la muestra de SIDA.
- Que el estudio se lleve a cabo en forma longitudinal para correlacionar -- como se modifican las respuestas en un mismo individuo a través de las cuatro fases de la enfermedad.
- Que se apliquen los test en diferentes fases de la etapa de duelo.
- Se sugiere que se aplique un test estructurado para correlacionar los resultados con los test proyectivos, y sí se aplica el RORSCHACH aplicar di-

ferentes criterios de la evaluación de los rasgos distintos a los dictados por B. Klopfer.

- Que se apliquen retest de esta u otras pruebas, para correlacionar los resultados.
- Con base en el apoyo psicológico prestado por el pasante que aplicó las -- pruebas a los pacientes asintomáticos y sintomáticos de VIH, mediante la -- asesoría psicoterapéutica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental -- del Hospital General del Centro Médico la RAZA, se sugiere que el tipo de -- psicoterapia más adecuada para la muestra de pacientes seropositivos en fa -- se de negación y/o dolor moral es la psicoterapia individual, y para la -- muestra de pacientes sintomáticos a la infección del VIH en fase de depre -- sión y/o duelo el tipo de psicoterapia más adecuado es la psicoterapia gru -- pal.
- Se sugiere mantener hasta donde sea posible al paciente en su casa y evi -- tar hospitalizarlo o enviarlo a un hogar para pacientes con VIH, de esta -- forma no se le arriesga a iatrogenias, ni a infecciones intrahospita -- rias; aunque esto es algo que depende mucho de la unión de la familia, ya -- que una familia integrada tiende a cohesionarse ante un problema como el -- SIDA y a fortalecer sus lazos de afecto, llegando en un principio a sobre -- proteger al paciente y regresando paulatinamente a un trato normal.

## A P E N D I C E .

Debido a que no existen técnicas específicas de abordaje al paciente del con tínuo VIH-SIDA, ni psicológicas, ni psicosociales, se dificulta el proporcio narle un apoyo adecuado.

Por lo que a través de la experiencia obtenida en el apoyo psicológico prestado a los pacientes sintomáticos y asintomáticos de VIH, mediante la asesoría psicoterapéutica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General del Centro Médico la RAZA, en el Hóspital de Infectología del Centro Médico la RAZA del I.M.S.S., y a una revisión bibliográfica; se han identificado las siguientes técnicas y tácticas para proporcionar apoyo al paciente de VIH-SIDA.

Aunque frecuentemente es desestimada como medida de apoyo psicológico el ofrecerle al individuo infectado por VIH información completa respecto a su condición, respondiendo verazmente a sus inquietudes, resulta una medida que puede disminuir considerablemente la angustia, ya que ésta siempre es mayor ante una amenaza desconocida.

Los procedimientos tendientes a brindar apoyo psicológico son muy diversos y deben aplicarse tanto a individuos infectados por VIH como a sus seres queridos.

Desde el punto de vista institucional Cárdenas, Arroyo J. (1989) en su traba jo dentro del Instituto Mexicano de Psiquiatría ha identificado que, las psi coterapias grupales e individuales han sido hasta el momento las más socorri das; esto se debe en gran medida no sólo a las posibilidades y limitaciones reales de las instituciones, sino también a las demandas planteadas por los pacientes y a las características propias de cada tratamiento.

La participación en sesiones de psicoterapia de grupo, permite al enfermo o sus familiares que puedan ventilar sus emociones, temores, fantasías e intentos de resolución de la problemática, con otros individuos que se encuentran en la misma situación, lo que resulta de gran valor terapéutico, a la vez que sirve de orientación respecto a las medidas que deben tomarse, y les permitirá sentirse más adaptados a sus propias reacciones. Es importante señalar que una de las características del grupo terapéutico debe ser la homogeneidad, es decir que los pacientes infectados recién enterados de su condición no deberán recibir terapia con aquellos en estadios más avanzados de la enfermedad.

Lo anterior genera cohesión grupal, que obra no sólo en el sentido de -- mantener el espíritu de cuerpo presente a la tarea que debe realizarse, -- sino también en el sentido de transformar el riesgo de muerte en un factor igualitario y posible para todos.

Debemos tomar en cuenta que el contacto físico en los grupos de ayuda es de gran importancia para la gente con SIDA, quienes no pueden tener mucho confort en otra parte debido a las injusticias de las personas, mala información y miedo al contagio casual; ya que las relaciones íntimas -- cumplen con el deseo básico humano, para el amor y el afecto. Las relaciones pueden también cuestionar necesidades sexuales y ser un abrigo -- para los temores, ansiedades y complicaciones generales de la crisis de SIDA. Esto es importante ya que todo lo que una persona posee o logra, -- cada residuo del sentimiento de la primitiva omnipotencia, confirmado -- por su experiencia, ayuda a incrementar su autoestima.

Además también es útil el refuerzo de las defensas psicológicas, como -- altruismo y negación (adaptativa). Conviene instar al paciente a que participe en actividades altruistas, pues así mejorará su autoestima y constituirá una válvula importante para que se conserve su energía residual, (Valencia, A.1989).

De este modo las personas que se saben que están enfermas, que cumplen -- con el tratamiento y pueden adaptarse a su enfermedad en tanto conservan

una vida activa, son los que pueden superar el problema rápida y eficazmente.

Esto se evidencia en el Hospital de Infectología, porque los pacientes que acuden a terapia son pacientes que están saliendo de un estado de fijación funcional que no les permite asimilar su nueva condición y que les obliga a estancarse en un estado de morbilidad psicológica, mientras que al acudir a psicoterapia, ellos mismos avanzan no sólo psicológicamente sino fisiológicamente porque la terapia constituye un circuito re-  
troalimentador que los impulsa a buscar incentivos para vivir.

Se ha observado que la psicoterapia grupal favorece:

- 1) El sentimiento de que los componentes del grupo no están solos y de que no son los únicos con problemas.
- 2) El altruismo, o sensación de que uno se ayuda a sí mismo ayudando a otros.
- 3) La identificación, es decir, se cambian conductas con el ejemplo exitoso de algún otro miembro.
- 4) La cohesividad, o sensación de aceptación incondicional y de pertenencia, la cual disminuye la soledad que los pacientes experimentan.
- 5) El proceso estimula el desarrollo de la alianza de trabajo entre los miembros para que acepten la ayuda.
- 6) El grupo por se estimula la discusión e incrementa la fuerza grupal del paciente mediante la aceptación de otros miembros o la identificación de los problemas.

La psicoterapia individual ofrece la posibilidad de elaborar satisfactoriamente los desafíos que implica el saberse portador de una enfermedad potencialmente mortal, a la vez que ayuda al individuo a hacer las modificaciones necesarias en sus hábitos para abandonar las conductas de - -

riesgo en que pudiera estar incurriendo.

La psicoterapia individual breve con pacientes infectados favorece el -- uso de:

- 1) Técnicas diseñadas para disminuir ansiedad, culpa, tensión, etc.
- 2) Procedimientos de influencia directa para promover cambios específicos en la conducta del paciente.
- 3) Reflexión sobre las personas y las situaciones involucradas en la crisis.
- 4) Comprensión dinámica.
- 5) Fortalecimiento yoico.

El psicoterapeuta debe instar a que los sentimientos sean ventilados con forme el paciente anticipe y sienta tristeza de las múltiples pérdidas -- que representan para él personas y objetos importantes. A menudo el pa-- ciente comienza una revisión de toda su vida, y en ocasiones enfocada en relaciones problemáticas, o experiencias particulares. A veces busca -- aliento para tratar algún punto particularmente difícil de su vida, cuando comienza a pensar en forma más específica en la muerte y la agonía. También cómo preferirían que sus asuntos se manejaran después de su muer te.

Es indiscutible que la psicoterapia en cualquiera de sus modalidades es de gran ayuda en el tratamiento de los pacientes infectados, para tratar de recuperar el equilibrio perdido al que todo ser humano aspira, para -- promover su crecimiento, desarrollo y supervivencia en general.

Independientemente de que un paciente decida ingresar en alguna de las -- modalidades terapéuticas, existen recomendaciones básicas para el psicó-- logo o personal de salud encargado del caso:

- Intercambiar información sobre la infección del VIH.
- Dar oportunidad para que el paciente exprese su miedo, enojo y agresión en un medio ambiente seguro, es decir, la institución misma.
- Ser sensible al dolor y entender las pérdidas del paciente, tanto internas como externas.
- Descartar o confirmar la presencia de ideas suicidas.
- Estimular al paciente para que mantenga una buena calidad de vida.

Hay que recordar que los familiares pueden sentir la magnitud del dolor negando la problemática de fondo por los fuertes prejuicios que giran al rededor del SIDA, por lo que el equilibrio mental de los seres cercanos al individuo afectado también se ve amenazado y es frecuente la presencia de sentimientos ambivalentes que se pueden manifestar bajo la forma de sobreprotección, rechazo, o una fluctuación entre ambas actitudes. La gravedad con que se recibe la noticia del diagnóstico da lugar a severas reacciones depresivas y de impotencia que a menudo no pueden ser exteriorizadas por temor a afectar aún más al ser querido. Los sentimientos hostiles, por otro lado, dan lugar a intensos sentimientos de culpa. Por lo que es importante establecer un manejo de los familiares de pacientes -- con VIH-SIDA, el que va a ser a nivel de orientación, información, educación y apoyo; que en el caso del Hóspital de Infectología lo proporciona el Departamento de Trabajo Médico Social.

Donde es muy dramático el aspecto que los familiares muestran, quizá debido a la falta de un manejo psicológico por personal capacitado, ya que es muy frecuente que los padres impactados por la noticia de que el hijo o la hija tiene SIDA, lo rechacen al grado de no acudir ni permitir que la madre u otros familiares acudan a visitarlo e incluso en el momento - en que se da de alta al paciente, no vayan a recogerlo, situación que de

bería ser tratada por un especialista de la conducta, no sólo en ese momento sino antes y después, es decir durante la hospitalización del paciente y posterior a la alta, de otra forma éste es un factor que no sólo contribuye a la depresión y aislamiento característico del paciente sino a un complejo conflicto intrafamiliar.

Otro aspecto observado con frecuencia sobre todo en las madres y esposas es una depresión exógena, con un abandono casi total de la personalidad en donde se presenta una astenia neurótica y un abatimiento de la conciencia moral, dando como resultado un clima en el que el paciente no puede experimentar mejoría de ánimo, y su depresión se ve retroalimentada constituyendo un círculo vicioso de un continuo prepatógeno-patógeno a nivel psicológico.

Esta situación muchas veces se ve agravada en las esposas que no quieren saber nada del esposo y lo abandonan tratando de frenar su temor a estar contagiadas y evitando cualquier contacto con el Hospital y con su detec ción serológica de Ag/Ac al VIH.

Este aspecto se presenta también con las parejas de los pacientes homosexuales y bisexuales, quienes pasan por las mismas etapas de negación, agresión y evasión, olvidando a sus pacientes en el hospital, a los que se suma la angustia que provoca el verse abandonados y el consecuente peregrinar de un familiar a otro para obtener asilo, o en algunas ocasiones el tratar de ser aceptados en los albergues que tienen las asociaciones civiles.

Situación por la que debe haber un manejo de las parejas estables de los enfermos con VIH-SIDA; el que debe ser a nivel de orientación, información, educación y apoyo, como en el caso de los familiares, aunque aquí vamos a tener características especiales, como por ejemplo: los sentimientos de coraje hacia la pareja enferma porque para haber contraído la



enfermedad, se le adjudica una conducta de infidelidad, además del temor de haberlo infectado.

En el manejo de familiares y parejas, también se busca un trato y actitudes adecuadas hacia el enfermo, y Cárdenas A. J. (1989) ha identificado los siguientes puntos:

- Una persona con SIDA necesita amistad más que nunca, de tal forma que es importante para él saber que sé es su amigo y puede confiar y tener seguridad en los demás.
- Hay que darle un apretón o sostener su mano, si hay oportunidad él disfrutará el contacto físico y la confianza que ello implica. No hay que olvidar que la información distorsionada, lo hace sentir un "leproso - social".
- Si está al teléfono hay que atenderlo y platicar con él. Si se pretende visitarlo, comentárselo de antemano.  
(Cuando alguien está enfermo se cansa con facilidad de tal forma que no hay que ofenderse si no desea que uno permanezca largo tiempo).
- No hay que temer mostrarle nuestras emociones o revelarle nuestros sentimientos (positivos). Si se contienen los sentimientos y pensamientos una persona enferma, actuará de la misma manera. Hay que recordar que - necesita un amigo que pueda acercársele y con quién pueda relajarse y mostrar como se siente en realidad.
- Debe procurarse que el enfermo de SIDA no permanezca todo el tiempo en casa, hay que invitarlo a salir cuando sea posible.  
Una visita a lugares conocidos puede ser muy terapéutico pero hay que asegurarse de no cansarlo en exceso.
- Es posible que el paciente encuentre difícil escribir, física o emocionalmente, de tal forma que hay que ofrecerle ayuda.

- Si desea hablar sobre su enfermedad hay que estimularlo para que lo haga. Quizá desee expresarse y quien lo visita puede ser la persona - ideal para ventilar la angustia o frustración que siente por estar enfermo.
- Si quien lo visita tiene que salir fuera por un periodo corto o no puede visitarlo, debe intentar ponerse en contacto con él por teléfono o quizá enviarle una postal.
- Si al paciente le agrada leer, hay que instarlo a que realice esta actividad proporcionándole libros, diarios y revistas de su agrado.
- Si recibe información distorsionada sobre el SIDA hay que ponerse en contacto con él y darle la oportunidad de hablar de ello (siempre y cuando se tenga información exacta y verídica sobre el tema).
- Tratar de estar al día sobre lo que está sucediendo médicamente a las personas con SIDA. La esperanza es muy importante para quienes padecen SIDA.

Como parte del apoyo social que se le debe brindar al paciente con SIDA Uribe Z. Patricia y CONASIDA (1989) han dictado ciertas medidas que pueden llevar a cabo para aumentar sus expectativas de vida y evitar la progresión de la enfermedad, a continuación se señalan estas recomendaciones

- Alimentación: Una buena alimentación ayuda a resistir mejor las infecciones y contribuye a obtener una cantidad y calidad adecuada de linfocitos, que son las células atacadas por el virus y encargadas de defendernos. Las proteínas son esenciales para reparar tejidos dañados y mantener el cuerpo en buenas condiciones físicas. La dieta debe incluir los cuatro grupos básicos de alimentos: carnes, frutas y verduras, cereales y pan, leche y sus derivados.

Es muy importante ingerir gran cantidad de vegetales verdes, porque es tos estimulan la producción de lectinas que a su vez estimulan la producción de linfocitos B.

Es frecuente que disminuya la ingesta de alimento y se presente falta de apetito en estos pacientes, a veces debido a la depresión y en - - otras ocasiones provocada como efectos secundarios del medicamento o alguna infección en el tracto gastrointestinal, por lo que hay que es timularlos para que coman.

- Estilo de vida: cada individuo tiene un estilo de vida que es difícil cambiar de un día a otro, pero es recomendable seguir las siguientes - sugerencias:
  - a) Dormir una cantidad suficiente de horas, que en promedio son ocho.
  - b) No desvelarse.
  - c) Mantener hábitos higiénicos (los mismos que se recomiendan para evi tar infecciones y fomentar la salud en cualquier individuo sano).
  - d) Permitir la salida de las emociones, reconocerlas y aprender a controlarlas.
  - e) Aprender técnicas de relajación.
  - f) Para evitar o disminuir la depresión:
    - . Cuidar el aspecto personal.
    - . Evitar el aislamiento y mantener relaciones interpersonales con - la pareja, familiares, amigos, vecinos, etc.
    - . Favorecer las actividades recreativas como el cine, teatro, etc.
    - . Continuar con las actividades laborales, cuando sea posible.
    - . Aumentar la actividad física y cognoscitiva.
    - . Evitar la búsqueda de síntomas físicos de deterioro.

Esto suele ser útil, pues da al paciente esperanza y combate la - - idea de que con el diagnóstico o la enfermedad ha terminado todo pa - - ra él, coadyuvando a que no se presente el síndrome de quebranto so cial.

- Alcohol, tabaquismo y otras farmacodependencias: En términos generales se recomienda evitar el abuso y adicción a todo tipo de sustancias, ya que favorecen el daño orgánico, desnutrición, inmunosupresión y falta de control de impulsos; pueden generar stress, falta de motivación, depresión, negación de la realidad y exacerban problemas financieros, legales y médicos.
- Vida sexual: cada individuo decidirá cómo ejercer su sexualidad, pero es importante tener una actitud responsable ante sí mismo y ante el (o la) compañero (a) sexual. Para lo que se recomienda:
  - . La persona infectada por el VIH deberá informar a su pareja sexual sobre ésta situación y lo que significa.
  - . Sugerir a la pareja sexual que se realice la prueba de detección del VIH.
  - . Decidir con su pareja el tipo de prácticas sexuales de menor riesgo para ambos.
  - . Evitar tener contacto íntimo con múltiples parejas sexuales.
  - . No tener contacto sexual con personas desconocidas.
  - . Evadir relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o de otras drogas.
  - . Rehuir prácticas sexuales con intercambio de secreciones.
  - . Usar el condón siempre que se realice coito anal, vaginal u oral.
  - . Evitar el contacto sexual con personas que presenten sangrado o lesiones en la piel de genitales o región perianal.
  - . Evitar toda práctica que favorezca la producción de heridas en los genitales y el ano, como podrían ser las maniobras braquioprácticas.
  - . Fomentar las prácticas sexuales que no impliquen riesgo, tales como caricias, besos, abrazos, masturbación mutua (sexo protegido).

Hay que recordar que estas recomendaciones se deben llevar a cabo aunque la pareja sexual también se encuentre infectada de VIH, ya que puede haber una reinfección con la misma pareja, debido a que el virus presenta virulencia distinta en cada individuo y -- las reinfecciones pueden provocar el desarrollo y pro ----

gresión del SIDA.

- . Evitar contraer cualquier enfermedad sexualmente transmisible, y tratar de inmediato cualquier enfermedad de éste tipo cuando se presente.
  - . Acudir al médico ante cualquier fisura o herida en los genitales o la región perianal, presencia de úlceras, hemorroides o inflamación, ya que favorecen la producción de diversas infecciones y aumentan la posibilidad de sangrado.
  - . Toda mujer infectada debe evitar embarazarse debido a la posibilidad de que su bebé nazca infectado y a que el embarazo favorece la progresión de la enfermedad.
  - . La selección del método anticonceptivo más adecuado debe ser -- consultada con el médico, considerando su estado de infección -- por VIH.
- Es importante que no se utilice la autoridad psicoterapéutica para prohibir la sexualidad, porque hay que tener en cuenta que la importancia psíquica de un instinto crece con su prohibición, ya que el instinto no actúa nunca como una fuerza de impacto momentánea sino siempre como una fuerza constante. No procediendo del mundo exterior sino del interior del cuerpo, y la fuga es ineficaz contra él, contituyéndose el estímulo instintivo en necesidad.
- Atención médica: debe evitarse la automedicación, y cualquier fármaco utilizado debe estar bajo estricta vigilancia del médico tratante.
- Atención dental: El cuidado de los dientes y las encías puede prevenir algunas de las infecciones oportunistas y ayudar al buen estado de la boca. Además es frecuente que las manifestaciones del desarrollo de la enfermedad se inicien en la boca, por lo que es necesario acudir regularmente al dentista.
- En caso de tener una infección bucal hay que acudir al dentista para el tratamiento y de necesitar antibióticos, el dentista o el médico deberán acordar cuál es el más apropiado.

Existen una serie de normas básicas para reducir el peligro de contraer otras infecciones, como es la práctica de una buena higiene bucal.

- Otras recomendaciones son: no donar sangre, órganos, semen o tejidos.

Todas estas indicaciones deben ser tomadas en cuenta por el psicoterapeuta, pero también debe recordar que no son las únicas y que ante todo debe ser ético y tener sus conflictos y necesidades resueltos (conscientes) para no involucrarse afectivamente con el paciente, contribuyendo así a una aceptación de su situación actual y coadyuvando a su superación.

Y tener presente en todo momento que se debe mantener constante la esperanza del paciente, porque cuando se ha perdido todo: familia, hogar, -- amigos, trabajo, salud y se está perdiendo la vida, sólo queda la esperanza para seguir luchando.

## BIBLIOGRAFIA

- Abrahams D.I.; Dilley, J.W.; Maxey, M.L.; et al (1986). "Cuidados y - - sostén psicosociales del individuo con SIDA". Clínicas Médicas de Norteamérica. 1a. Edic. Los Angeles California. Ed. Interamericana; vol. 3 (SIDA y otros problemas médicos en el varón homosexual): 749-763.
- Alvarez, P.L.; Esquivel, A.F.; Lucio, G.M.F. (1984) "Notas sobre el manejo e interpretación del psicodiagnóstico del Rorschach". Programa de Publicaciones de Material Didáctico. Fac. de Psic. Méx. D.F.: 2-117.
- Aridjis, Pérez P. (1988): "¿Cómo se contagia el virus del SIDA?"; Gaceta CONASIDA. Méx. D.F. año I.: No. 5-7.
- Batchelor, W.F. (1984): "AIDS a public health and psychological emergency". American Psychologist. U.S.A. 39 (11): 1279-1284.
- Benítez-Bribiesca, L. (1989): "El SIDA. Dogmas e incertidumbres", Gaceta Médica de México. Méx. D.F. 125 (3-4): 113-118; 347-355.
- Cárdenas, Arroyo J. (1989). "Respondiendo a la crisis psicológica del - SIDA". Taller: Manejo psicológico del paciente con SIDA por el médico - no psiquiatra. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Méx. D.F.: 18-28.
- Castellanos, L. "Las latinas pobres frente al SIDA en E.U.". La Doble Jornada. Año Seis, Núm. 62. México D.F. Lunes 2 de Marzo de 1992.: 10-11.
- Castro, G.K.; Hardy, A.M.; Curran, W.J. (1986). "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: SIDA epidemiología y factores de riesgo de transmisión". Clínicas Médicas de Norteamérica. 1a. Edic. Los Angeles California. Ed. Interamericana; vol. 3 (SIDA y otros problemas médicos en el varón homosexual): 676-690.

- Castro, Pérez, R. (1988): "Aspectos psicosociales del SIDA: estigma y -  
prejuicio "Salud pública de México." Méx. D.F.; 30 (4): 629-634.
- Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (1991): "Los niños y el -  
SIDA una calamidad inminente"; Centro de información sobre SIDA; Méx. -  
D.F.: 7-9.
- Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), Grupo de -  
Intervención Social en SIDA y Defensa de derechos humanos A.C. (GIS- -  
SIDA), Mexicanos contra el SIDA (MCSC), et al (1992): "SIDA. vih. Dere-  
chos Humanos." México D.F.: 7-9.
- Diccionario de psicología (1985) Friedrich Dorsch; Barcelona España; -  
Edit. Hekdex, pp. 19-20.
- Diccionario de psicología. (1985) 2a. edición; Barcelona España; Edi -  
ciones Orbis S.A.
- Diccionario de psicología. (1948) 1a. edición; México, D.F.; Fondo de -  
Cultura Económica.
- Dilley, J.W.; Pies, CH.; Helquist, M. (1989): "The psychological-needs-  
of people with AIDS". Face to Face. (A guide to AIDS counseling). -  
U.S.A.: 2-14; 164-174.
- Dirección General de Epidemiología, S.S.A. (1988): "Virus de Inmunode -  
ficiencia Humana Lipo 2 (VIII-2)". Boletín Mensual SIDA. Méx. D.F. Año -  
2 No. 3: pág. 262-266.
- Dirección General de Epidemiología S.S.A. (1989): "Enfermedades de -  
transmisión sexual como factor de riesgo en la infección por el VIH".  
Boletín Mensual SIDA. Méx. D.F. Año 3 No. 2: 582-587.



- Domínguez, J.L.; Torix, M.C. (1988) "Transmisión Sanguínea del SIDA;- acciones preventivas". Salud Pública de México. Méx. D.F. 30 (4): - 593-596.
- Downie M. Norville; Heath W. Robert (1986), "Métodos Estadísticos - Aplicados", 5ª Edic. Ed. Harla México D.F.,: 143-152.
- Espejel, Aco, E. (1979). La prueba de Rorschach, Fundamentos genera - les". 2ª Edic. Méx. D.F. UNAM: 3-72.
- Evans, A.G.; Gill, M.J.; Gerhart, S.; et. al. (1988): "Factitious AIDS". The New England Journal of Medicine. Massachusetts E.U. 319 (24): - 1605-1609.
- Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, CH. (1980). "Tratado de psiquiatría". 8ª Edic. México. Ed. MASSON: 205-211, 224-255.
- Fajardo, B.R.; Peredo, L.V.; Longino, P.A. (1989): "Síndrome de In - munodeficiencia Adquirida, características epidemiológicas en el Hósp - ital de Infectología del Centro Médico la RAZA del Instituto Mexica - no del Seguro Social", Revista Médica del IMSS. Méx. D.F. 27 (2); - 119-123.
- Fenichel, O. (1982): "Teoría psicoanalítica de las neurosis". Ed. - PAIDOS. España: 141-153, 295-299.
- Freud, S. (1915): "Consideraciones sobre la guerra y la muerte". Obras Completas. Tomo II. Tr. Luis López Ballesteros, 4ª Edic. Madrid Espa - ña. Ed. Biblioteca Nueva: 2111-2117.
- Freud, S. (1917): "Duelo y melancolía". Obras Completas. Tomo II. Tr. Luis López Ballesteros. 4ª Edic. Madrid España. Ed. Biblioteca Nueva: 2091-2100.

- Freud, S. (1925): "Inhibición, síntoma y angustia". Obras Completas. Tomo III. Tr. Luis López Ballesteros. 4ª Edic. Ed. Biblioteca Nueva: 2833-2882.
- Freud, S. (1914): "Introducción al narcisismo". Obras Completas. Tomo II. Tr. Luis López Ballesteros. 4ª Edic. Madrid España. Ed. Biblioteca Nueva: 2017-2033.
- Freud, S. (1908): "La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna". Obras Completas. Tomo I. Tr. Luis López Ballesteros. 4ª Edic. Madrid España. Ed. Biblioteca Nueva: 1261.
- Freud, S. (1925): "La negación". Obras Completas. Tomo III. Tr. Luis López Ballesteros. 4ª Edic. Madrid España. Ed. Biblioteca Nueva: 2884-2886.
- Freud, S. (1924): "La pérdida de la realidad en las neurosis y en las psicosis". Obras Completas. Tomo III. Tr. Luis López Ballesteros. 4ª Edic. Madrid España. Ed. Biblioteca Nueva: 2745-2747.
- Freud, S. (1915): "Los instintos y sus destinos". Obras completas. Tomo II. Tr. Luis López Ballesteros. 4ª. Edic. Madrid España. Ed. Biblioteca Nueva: 2040.
- Freud, S. (1922): "Psicoanálisis y teoría de la libido". Obras Completas. Tomo III. Tr. Luis López Ballesteros. 4ª Edic. Madrid España. Ed. Biblioteca Nueva.: 2674-2676.
- Freud, S. (1914): "Recuerdo repetición y elaboración". Obras Completas. Tomo II. Tr. Luis López Ballesteros. 4ª Edic. Madrid España. Ed. Biblioteca Nueva.: 1683-1688.

- Freud, S. (1912): "Sobre una degradación general de la vida erótica". Obras Completas. Tomo I. Tr. Luis López Ballesteros. 4a. Edic. Madrid España. Ed. Biblioteca Nueva: 1710-1717.
- Freud, S. (1910): "Sobre un tipo especial de la elección de objeto - en el hombre". Obras Completas. Tomo I. Tr. Luis López Ballesteros. - 4a. Edic. Madrid España. Ed. Biblioteca Nueva: 1625-1630.
- García, G.M.L.; Bravo, G.E.; Palacios, M.M.; et. al.: (1988): "Mani - festaciones clínicas iniciales en pacientes con SIDA". Salud Pública de México. Méx. D.F. 30 (4): 529-543.
- Gómez, Alva A. (1987): "Reacciones psicológicas ante el SIDA". Revista de Psicología ALÉTHEIA. Instituto de Investigación en Psico - logía Clínica y Social. No. 8 México, D.F.: 61-65.
- González, Block, M.A. (1988): "Costo del SIDA en el futuro próximo: - necesidades y realidades para los servicios de salud". Salud Pública de México. Méx. D.F. 30: 597-613.
- Hochman, E.; Montero, M. (1979). Técnicas de investigación documen - tal. 6a. Edic. Ed. Trillas. México, D.F.: 41-68.
- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. (1993): "Situación del SIDA en México, hasta el 1o. de enero de 1993. Boletín Mensual SIDA/ETS. Méx. D.F. Año 7 No. 1: 2336-2347.
- Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva del IMSS (1988): III-Simposium Internacional sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adqui - rida, Aspectos relevantes. Unidad de publicaciones y documentación, - IMSS, Méx. D.F.: 5-26.

- Juárez, B.M.; Legaría, G.M.L.; Linares, Z.L.M.; et. al. (1988): "La - intervención del Lic. en Trabajo Social en el proceso de rehabilita - ción del invidente". Tesis UNAM. Trabajo Social. México: 35-40.
- Kelly, J.A.; Lawrence, J.S. (1988): "Psychological consequences of - AIDS and AIDS-RELATED-COMPLEX. "The AIDS health crisis". (Psychologi - cal and social interventions). Plenum Press. U.S.A.: 119-133.
- Kerlinger H. Frederick (1975); "Investigación del comportamiento; - Técnicas y metodología". 2ª edición, México, D.F.; Ed. Interamericana: 394-411.
- Klopfer, B. (1952): "Técnica del Psicodiagnóstico del RORSCHACH". Vol. 6 de la Biblioteca de Psicometría y Psicodiagnóstico. Ed. PAIDOS. Bue - nos Aires.
- Kübler, Ross, E. (1985): "Una luz que se apaga". 1ª Edic. México D.F. Ed. Pax-Méx. (Librería Carlos Césarman, S.A.): 7-30.
- Leyva, J.A. (1988): "El SIDA su impacto social y demográfico". Gaceta- CONASIDA". Méx. D.F., Mayo-Junio: 5-7.
- Lui, K.J.; Darrow, W.W.; Rutherford, G.W. (1988): "Periodos de incuba - ción del SIDA". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. E.U.A. 105 (2): 164-165.
- Magda, B.A. (1970): "Emoción y personalidad II. Aspectos neurológicos - y fisiológicos". 1ª Edic. Buenos Aires Argentina, Edit. Losada: 35.
- Martín, J.L.; Vance, C.S. (1984): "Behavioral and Psychosocial factor in AIDS". American Psychologist. U.S.A. 39 (11): 1303-1308.
- Moody, A.R. (1982): "Vida después de la vida". 10ª Edic. México. EDAF Ediciones y distribuciones S.A.: 33-39.

- Mora, G.J.L.; Palacios, M.M.; Valdespino, G.I.L.; (1988): "Las pruebas de detección del SIDA y su significado". Gaceta Conasida. Méx. - D.F. Año I Nº 3;: 6-9.
- Morin Stephen F. (1984); "AIDS in one city, an interview with Mervyn Silverman, Director of health San Francisco". American Psychologist. U.S.A. 39 (11): 1294-1296.
- Morin, S.F.; Charles, A.K.; Malyon A.K. (1984): "The psychological - impact of AIDS on gay man". American Psychologist. U.S.A. 39 (11): - 1288-1293.
- Organización Mundial de la Salud (1987): "Recomendaciones para la prevención y control de infección con VIH". Revista Mexicana de Patología Clínica. Méx. D.F. 34 (3): 127-136.
- Organización Panamericana de la Salud (1985): "Detección de anticuerpos contra el agente del SIDA". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. E.U.A. 99 (1): 89-90.
- Ostrow, G.D.; Ross, M.W. (1990): "Psychovenerology. Psychosocial aspects of AIDS and other sexuality transmission diseases". Behavioral aspects of AIDS. 1ª Edic. U.S.A. Plenum Medical Book Company.: 19-31.
- Peredo López Velarde M.A. (1988): "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida evidencias de infección por un nuevo virus (VIH-2)". Revista Médica del IMSS. Méx. D.F. 27 (2): 79-82.
- Pérez, S. León. (1965): "Muerte y neurosis". 1ª Edic. Buenos Aires. Ed. PAIDOS.: 7-48, 169-171.
- Pérez y Farias, J.M. (1990): "Conocimiento y conductas de riesgo para la transmisión del SIDA en adolescentes de la Cd. de México". Tesis - Universidad del Valle de México. (Tlalpan). México D.F.: 30-39.

- Robles de Fabre, T.; Blum de Gordillo, B. (1982): "Reflexiones sobre el niño y la muerte". Boletín Médico Hospital Infantil. México D.F. Enero 39 (1): 3-5.
  
- Rossi, L.; Sepúlveda, A.J.; Bronfman, M.; et. al. (1989): "Asistencia psicológica a pacientes infectados por VIH". SIDA, ciencia y sociedad en México. México D.F; F.C.E.: 205-215.
  
- Rossi, L. (1990): "Necesidades psicológicas del paciente infectado". Boletín Mensual SIDA. Año 4 No. 11; Noviembre. México D.F.: 1009-1013.
  
- Sector Salud y CONASIDA (1988): "Mecanismos de Transmisión". SIDA. Información general y medidas preventivas; Méx. D.F.: 32-43.
  
- Sector Salud y CONASIDA (1988): "Reacciones psicosociales de personas con SIDA". SIDA. Información general y medidas preventivas. México D.F. 44-46.
  
- Sepúlveda, A.J.; Valdespino, G.J.L.; García, G.M.L.; et. al. (1988): - "Características epidemiológicas y cognoscitivas de la transmisión del VIH en México"; Salud Pública de México; Méx. D.F. 30 (4): 513-527.
  
- Siegel Sidney (1990), "Estadística no paramétrica", 3a. Edición Ed. Trillas. México D.F.: 56-64.
  
- Stanislawski, E.C.; Sepúlveda, A.J.; Bronfman, M.; et. al.: (1989) "El agente causal", SIDA, ciencia y sociedad en México, F.C.E., Méx. D.F.: 5-30.
  
- Sudnow, D. (1967): "La organización social de la muerte", 1a. Edic. - Buenos Aires, Argentina. Ed. Tiempo Contemporáneo.: 94.

- Uribe, Z. Patricia (1988): "¿Cómo se transmite el virus del SIDA de madre a hijo?"; Gaceta Conasida; año I, Nº 3 Méx. D.F.: 3-4.
- Uribe, Z. Patricia. (1989): "Como vivir con el virus del SIDA". Gaceta CONASIDA. México D.F. Mayo-Junio año II, Nº 1: 3-7.
- Valencia, A.; Sepúlveda, A.J.; Bronfman, M.; et. al. (1989): "Aspectos psicosociales y neuropsiquiátricos en pacientes con infección por VIH". SIDA, ciencia y sociedad en México. México D.F.; F.C.E.: 191 - 203.
- Vander Groen Guido (1987): "Promiscuidad: riesgo principal en la transmisión del SIDA"; Cuestión Social, Méx. D.F. Nº 8: 66-71.
- Weiss, Robin; Thler, Samuel O. (1988): "HIV Testing is the Answer - What's the question?"; The New England Journal of Medicine, Massachusetts, E.U. 319 (15): 1010-1011.